Unis pour
la santé!

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2013-2014

Québec

Unis pour
la santé!

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2013-2014

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, bureau 115
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231
Télécopieur : 418 723-1597
www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

Adopté par le conseil d'administration
Le 24 septembre 2014

Production
Direction des ressources humaines, de la qualité et de la performance, avec le soutien spécial de la conseillère en communication

Édition
© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
ISBN : 978-2-924282-00-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-924282-01-4 (version PDF)

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

Sigles et acronymes 5

Message de la présidente-directrice générale et du président du conseil d'administration 7

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents 10

CHAPITRE 01

Présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux 13

1.1 Occupation du territoire 14

1.2 Conditions démographiques et socioéconomiques 15

1.3 Portrait de santé des Bas-Laurentiens 16

1.4 Les établissements de santé et de services sociaux et les réseaux locaux de services 18

CHAPITRE 02

Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 21

2.1 Mission, rôle et responsabilités 22

2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme 23

2.3 Conseil d'administration 25

2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 25

2.5 Comité de vigilance et de la qualité 26

2.6 Comité de vérification 27

2.7 Comité de gouvernance et d'éthique 28

2.8 Comité intersectoriel des partenaires de l'Agence 29

2.9 Département régional de médecine générale 30

2.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 31

2.11 Comité régional sur les services pharmaceutiques 31

2.12 Commission infirmière régionale 32

2.13 Commission multidisciplinaire régionale 32

2.14 Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise 33

CHAPITRE 03

Faits saillants de l'année 35

3.1 L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être 36

3.1.1 Les principaux déterminants de la santé et du bien-être 36

3.2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services 38

3.2.1 L'accès aux services médicaux de première ligne 38

3.2.2 Le Service régional Info-Santé et Info-Social 40
3.2.3 Les services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer 41
3.2.4 Les services aux jeunes en difficulté 42
3.2.5 Les services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendances 44
3.2.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) – Les services de soutien à domicile 45
3.2.7 Les services en soins palliatifs de fin de vie 47

3.3 Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services 48
3.3.1 Les ressources médicales spécialisées 48
3.3.2 Les services thérapeutiques et diagnostiques 48
3.3.3 Les services spécifiques et les services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience 51
3.3.4 Les services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale 52

3.4 La qualité des services et l'innovation 53
3.4.1 L'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation 53
3.4.2 La qualité et la sécurité des soins et des services 55

3.5 La mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent 56

3.6 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines 56

3.7 Les systèmes d'information en appui à l'offre de service 59
3.7.1 L'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques 59

CHAPITRE 04 **Organismes communautaires** 61

4.1 Le contrôle de la conformité 62

4.2 Le bilan des interventions réalisées 63

CHAPITRE 05 **Données financières 2013-2014** 65

5.1 Les résultats financiers de l'Agence 66

5.2 Les allocations des ressources financières aux établissements 86

5.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires – L'enveloppe régionale de crédits 87

ANNEXES

Annexe I Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 94

Annexe II Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de l'année financière 2013-2014 104

Sigles et acronymes

A-B	AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
	AIDES	Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité
	AMP	Activités médicales particulières
	ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
	BNQ	Bureau de normalisation du Québec
C	CA	Conseil d'administration
	CAAP-BSL	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent
	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
	CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
	CESS	Centre d'expertise et de santé de Sherbrooke
	CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CIR	Commission infirmière régionale
	CJ	Centre jeunesse
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
	COA	Comité d'orientation et d'accès
	COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé Scolarisé et en Santé
	CPE	Centre de la petite enfance
	CR	Centre de réadaptation
	CRD	Centre de réadaptation en dépendance
	CRÉ	Conférence régionale des éluEs
	CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
	CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
D	DAMUSSH	Direction des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers
	DCI	Dossier client informatisé
	DG	Directeurs généraux
	DI	Déficience intellectuelle
	DMÉ	Dossier médical électronique
	DP	Déficience physique
	DPJ	Direction de la projection de la jeunesse
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSP	Direction de santé publique
	DSQ	Dossier de santé du Québec
G-J	GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
	GMF	Groupe de médecine de famille
	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec

	IPCDC	Initiative pour le partage de connaissances et le développement de compétences
	IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de 1re ligne
	ITS	Infections transmises sexuellement
	JED	Jeunes en difficulté
L-M	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
L-M	MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
L-M	MRC	Municipalité régionale de comté
L-M	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O-P	OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
O-P	PAL	Plan d'action local de santé publique
O-P	PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
O-P	PAR	Plan d'action régional de santé publique
O-P	PCP	Pratique clinique préventive
O-P	PDG	Président-directeur général
O-P	PI	Plan d'intervention
O-P	PII	Plan interdisciplinaire d'intervention
O-P	PLAIDD-BF	Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas-du-Fleuve
O-P	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
O-P	PSI	Plan de services individualisé
O-P	PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
O-P	PSOI	Programme de santé des organisations et des individus
R	RI	Ressource intermédiaire
R	RTF	Ressource de type familial
R	RLS	Réseau local de services
R	RSIPA	Réseau de services intégrés personnes âgées
R	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
S-T	SAD	Soutien à domicile
S-T	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
S-T	SERG	Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique
S-T	SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
S-T	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
S-T	SRISIS	Service régional Info-Santé et Info-Social
S-T	SRPPST	Service régional en promotion et prévention de la santé des travailleurs
S-T	TCABSL	Table de concertation des personnes aînées du Bas-Saint-Laurent
S-T	TCGFBSL	Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent
S-T	TDAH	Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
S-T	TED	Trouble envahissant du développement
S-T	TGC	Troubles graves du comportement
S-T	TSA	Troubles du spectre de l'autisme
U-V	UMF	Unité de médecine familiale
U-V	UQAR	Université du Québec à Rimouski
U-V	VES	Vieillir en santé

Message de la présidente-directrice générale et du président du conseil d'administration

La force de notre équipe : la synergie de nos compétences

C'est avec grand plaisir que nous vous présentons ce rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Vous y trouverez le bilan des activités de notre organisation qui, encore cette année, témoigne de notre détermination en faveur du mieux-être de notre population.

D'emblée, il est important de préciser que, malgré le contexte budgétaire actuel, la contribution de tous les établissements de santé et de services sociaux bas-laurentiens a été remarquable. Ils ont consenti des efforts colossaux et constants, en concordance avec les travaux déjà amorcés l'an dernier pour assurer le maintien et la qualité des services offerts à notre population, tout en respectant les cibles budgétaires. Nous saluons leur volonté de trouver de nouvelles façons de développer des réflexes liés à la performance. Cette proactivité leur a permis de mettre de l'avant des projets d'optimisation locaux et régionaux, notamment dans les secteurs de la paie et de l'assurance salaire, qui visent, à échéance, à améliorer l'efficience et à obtenir certaines économies financières. Ce sont là des efforts de mobilisation dignes de mention.

Aussi, nous ne saurions faire une revue des faits marquants sans souligner l'incendie de la Résidence du Havre, à L'Isle-Verte, qui a fauché la vie de 32 personnes âgées. Dans un esprit de grande solidarité, le réseau de la santé et des services sociaux bas-laurentien s'est mobilisé dès les premières heures du 23 janvier et s'est mis en action pour venir en aide aux sinistrés. Sans hésitation, les différents intervenants provenant des quatre coins de la région ont répondu à l'appel par un engagement continu et une action efficace, et ont fait preuve d'un humanisme hors du commun.

Pour une gestion optimale du réseau de services

Au chapitre des principaux faits marquants de l'année 2013-2014, notons le suivi des ententes de gestion et d'imputabilité, dont 77 % des cibles ont été atteintes ou presque atteintes. Dans l'ensemble, nous sommes satisfaits de ces résultats. Au nombre des meilleurs résultats obtenus figure la diminution importante de la durée des séjours à l'urgence, due en partie aux plans de désencombrement des urgences des établissements. En santé physique, nous respectons les cibles pour les chirurgies d'un jour et celles avec hospitalisation. De plus, la totalité des patients en radio-oncologie ont débuté leur protocole de traitements à l'intérieur du délai prescrit de 28 jours.

Nous avons également continué de nous démarquer positivement en ce qui a trait au soutien à l'autonomie des personnes âgées grâce, notamment, à l'augmentation du degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées et à la croissance du nombre d'usagers évalués à l'aide de divers outils d'évaluation de l'autonomie. Nous devons aussi souligner les bons coups en matière de santé publique, à savoir l'intégration de la prévention dans les services

cliniques, l'ajout des agents en promotion et prévention en matière de saines habitudes de vie dans tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le contrôle étroit des infections nosocomiales.

Parmi les autres points forts, la hausse du taux de respect des délais d'accès en CSSS pour les priorités urgentes et élevées pour les personnes ayant une déficience (DP-DI/TED) et l'implantation du modèle émergent de hiérarchisation des services en DI/TED dans tous les établissements sont à mettre en lumière. Ces résultats nous encouragent à poursuivre avec rigueur et dévouement les efforts déployés, tout en continuant de porter une attention particulière aux situations à améliorer.

L'importance d'une vision régionale partagée

Le réseau régional ainsi que l'ensemble des partenaires locaux sont soucieux que les services soient dispensés à la clientèle dans les meilleurs délais, au bon endroit et par le bon professionnel. Cette année, l'Agence a continué de soutenir cette mobilisation régionale et de faire de la 1re ligne, une priorité. Une équipe de professionnels multidisciplinaires (médecins, infirmières, kinésiologues et chargés de projet GMF) a été créée à la Direction des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers de l'Agence pour initier une démarche auprès des CSSS, afin de favoriser la mise en place de ce lieu d'arrimage. Cette équipe se concerte et collabore avec ses partenaires pour que chaque réseau local de services assure l'accès à des services de 1re ligne intégrés, fluides, performants, humains et répondant aux besoins de sa population. Un soutien clinique est ainsi offert sur demande dans le but de favoriser l'adoption de solutions qui sont adaptées aux besoins et à la portée des territoires locaux.

Parmi les autres importants défis auxquels nous sommes confrontés figure celui de répondre aux besoins grandissants d'une population qui vieillit. Dans ce contexte, l'Agence et les établissements ont poursuivi leurs actions en intervenant dans la perspective du vieillissement actif, en santé et en sécurité, en identifiant les stratégies et les choix collectifs que nous souhaiterions déployer régionalement. Un comité régional restreint et permanent, formé de représentants de la Table de concertation des aînés du Bas-St-Laurent, de la Conférence régionale des éluEs, d'un CSSS et de l'Agence, a poursuivi des travaux afin de bien camper les assises d'une gouvernance régionale pour vivre et vieillir en santé au Bas-Saint-Laurent.

Considérant le défi quotidien d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux dans la région, nous avons également assuré, en cours d'année, la mise en fonction officielle, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, du volet social du Service régional Info-Santé-Info-Social, connu sous le vocable 811. Des travailleurs sociaux formés et habilités à réaliser des interventions davantage psychosociales peuvent désormais, en collaboration avec les infirmières d'Info-Santé, assurer un soutien rapide aux personnes qui ont des besoins de cette nature.

Une approche concertée pour un fonctionnement optimal des activités

Dans une optique d'optimisation et de révision des processus figurent, entre autres, deux dossiers qui sont chers à notre agence. L'établissement d'un réseau interrégional en cancérologie, qui veille notamment à l'évolution du programme régional de cancérologie ainsi qu'au partage des initiatives et à la promotion des innovations, est le reflet d'un travail en réseau structuré et hiérarchisé qui contribuera à assurer encore davantage une diversité de soins et de services de qualité aux personnes touchées par le cancer. Aussi, la démarche d'optimisation des laboratoires de biologie médicale du Québec (OPTILAB) est une stratégie concertée de tout le réseau de la santé visant à doter le Bas-Saint-Laurent de laboratoires de biologie médicale hiérarchisés, efficients, capables de répondre aux besoins actuels et futurs de la population.

Aussi, à l'automne, les CSSS de la région, en collaboration avec l'Agence, ont dévoilé une vaste campagne régionale de prévention des infections qui a été déployée dans les établissements de santé et de services sociaux ainsi que dans les médias de masse. *Au Bas-Saint-Laurent, prévenons la transmission des infections,* c'est le thème sur lequel s'appuie cette

campagne d'une durée de trois ans dont l'objectif est clair : renforcer la sensibilisation de la population en général, des personnes particulièrement vulnérables et du personnel soignant à l'importance d'adopter des mesures de protection adéquate, dont la vaccination. À cet égard, bien que les taux de vaccination aient connu une amélioration au cours des dernières années et que la population soit plus au fait des mesures de protection, les CSSS sont d'avis que les efforts de sensibilisation doivent être raffermis.

Par ailleurs, à la suite de nombreux échanges avec le Mouvement Action Communautaire Bas-St-Laurent, nous avons fièrement approuvé le Cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), lequel balise nos relations avec les organismes communautaires. D'autres travaux sont à prévoir pour établir les seuils planchers de financement des différentes typologies d'organismes.

Unis pour la santé

Soucieux d'articuler au mieux nos valeurs organisationnelles que sont la crédibilité, la collaboration, la cohésion et le respect, nous nous sommes donné une nouvelle identité visuelle dont le slogan est *Unis pour la santé.* Nous voulions ainsi refléter le dynamisme de notre organisation et l'unité du réseau régional de la santé et des services sociaux à travers nos différents outils de communication. Les personnages, liés par un trait similaire à celui représenté sur les signatures visuelles des centres de santé et de services sociaux, collaborent activement, témoignent de leur engagement et unissent leurs compétences, en cohérence avec nos valeurs.

Unis pour la santé!

C'est également en 2013 que l'Agence a obtenu la certification Entreprise en santé — Élite décernée par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ). C'est la première fois que cette certification était remise à une agence de la santé et des services sociaux au Québec. Pour nous, il est clair que cette grande distinction confirme la volonté de tous les membres de notre organisation de favoriser, par le biais des meilleures pratiques, la santé et le mieux-être en milieu de travail et, de ce fait, d'inspirer les établissements de la région à s'engager dans un processus similaire.

C'est donc dans ce contexte et avec beaucoup de fierté que nous désirons remercier le personnel de l'Agence qui, jour après jour, offre sa collaboration et son expertise à notre réseau de la santé et des services sociaux afin que la population du Bas-Saint-Laurent bénéficie des meilleurs soins et services, les plus accessibles et les mieux coordonnés. Notre grand réseau régional ne pourrait être ce qu'il est sans cette contribution exceptionnelle de nos gens. Nous profitons également de l'occasion pour remercier les membres du conseil d'administration de leur appui et de leur confiance envers l'Agence, ses employés et ses partenaires. Leurs conseils éclairés nous permettent d'étendre la portée de notre action dans toute la région et nous retirons une grande fierté de les compter parmi nous. Ainsi, le réseau bas-laurentien continuera de relever les défis et de miser sur l'optimisation et l'amélioration constante de la performance de notre région afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de notre population en matière de services de santé et de services sociaux.

La présidente-directrice générale,

Isabelle Malo

Le président du conseil d'administration,

Jean-Paul Morin

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2013-2014 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

La présidente-directrice générale,

Isabelle Malo

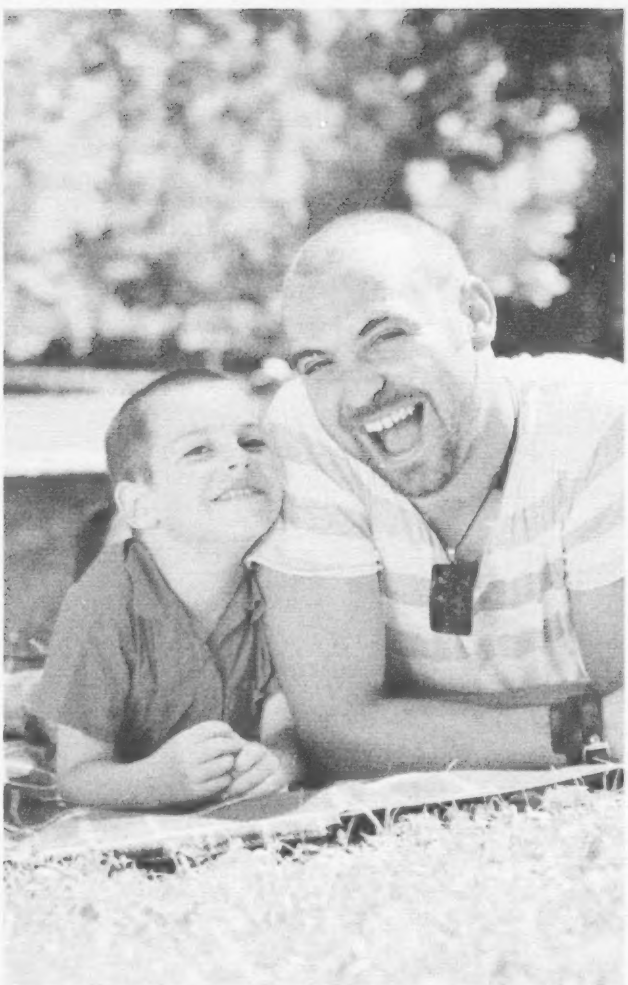


Photo : Jim Sardin / Monde Images / CCDMD

CHAPITRE

01

Présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux

1.1 Occupation du territoire

Plusieurs municipalités de la région du Bas-Saint-Laurent longent la rive sud du fleuve Saint-Laurent sur quelque 320 kilomètres de côte, entre La Pocatière et Les Méchins. D'autres villes, villages et paroisses du territoire sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia, bordées au sud par les frontières du Nouveau-Brunswick et du Maine (États-Unis).

En 2014, la région compte 201 256 habitants au total[1] (101 042 femmes et 100 214 hommes) répartis dans 8 MRC (municipalité régionale de comté), correspondant aux 8 réseaux locaux de santé (RLS) existants. Cette population distribuée sur un territoire de 22 185 km^2 (densité de 9,1 habitants/km^2) comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés (TNO) et 2 réserves indiennes. Les MRC de Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques composent le secteur ouest de la région (aussi appelé KRTB). Le secteur est regroupe les MRC de Rimouski-Neigette, de La Mitis, de La Matapédia et de La Matanie.

Tandis qu'environ la moitié de la population de la région habite dans ces principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation de l'espace de l'autre moitié de ses résidants. Les MRC du Bas-Saint-Laurent sont composées d'une population qui varie d'environ 9 000 à un peu plus de 54 000 habitants.

De 2007 à 2013, selon les dernières estimations de population de l'ISQ, on peut observer des variations démographiques à l'échelle des territoires municipaux; des 114 villes et villages que compte la région, 81 ont vu leur population diminuer (5 120 personnes au total) et 27 ont enregistré des hausses (4 840 personnes au total).

Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petites tailles, quoique certaines villes, présentant un poids démographique important, figurent dans cette liste : La Pocatière (- 375), Dégelis (- 250), Pohénégamook (- 245) et Matane (- 240). À l'inverse, Rimouski (+ 2 165), Rivière-du-Loup (+ 755), Saint-Anaclet-de-Lessard (+ 550) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2007 à 2013.

Au global, la population de la région a diminué de 0,2 % de 2007 à 2013, ce qui est toutefois mieux que la précédente période (- 0,6 % de 2002 à 2007). Les perspectives de l'ISQ sont encourageantes et laissent entrevoir que la population demeurerait stable au cours des prochaines années.

[1] Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, édition 2009.

1.2 Conditions démographiques et socioéconomiques

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation de ses services. En 2014, quelque 44 000 personnes ont 65 ans et plus, ce qui représente 22 % de la population totale de la région, soit 5 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Une décennie plus tôt, en 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population bas-laurentienne. Le fait que les premiers « baby-boomers » ont franchi les 65 ans au cours de l'année 2010 entraînera un accroissement de ce vieillissement. On estime qu'en 2017, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 61 % à ce qu'il était en 2007. On s'attend aussi à ce que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus connaisse une croissance aussi importante (54 %).

ACCROISSEMENT NATUREL

Depuis 2006, l'accroissement naturel est généralement positif au Bas-Saint-Laurent. Malgré le regain de natalité dans la région depuis 2005, comme cela est également le cas dans l'ensemble du Québec, il est tout de même estimé qu'à long terme, la croissance naturelle diminuera, c'est-à-dire que le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès. C'est d'ailleurs ce que l'on constate pour 2013, où le nombre de décès est supérieur au nombre de naissances dans la région.

MOUVEMENTS MIGRATOIRES INTERRÉGIONAUX

Un autre facteur agissant sur la croissance démographique de la région est la migration interrégionale. De 2006-2007 à 2012-2013, le solde des échanges migratoires (entrants moins sortants) du Bas-Saint-Laurent avec les autres régions est déficitaire (210 personnes en moyenne par année). Toutefois, ce solde négatif tend à s'amenuiser depuis 2010-2011 (- 28 pour 2010-2011, - 46 pour 2011-2012 et - 136 personnes pour 2012-2013).

Depuis plusieurs années, le solde migratoire négatif est dû en majeure partie à un nombre plus élevé de jeunes de 15 à 29 ans qui quittent la région comparativement à ceux qui s'y installent. Pour 2012-2013, hormis chez les 15-34 ans où il est négatif, le solde migratoire est positif, particulièrement chez les personnes âgées de 50 ans et plus.

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

Le taux d'emploi demeure moins élevé au Bas-Saint-Laurent que pour l'ensemble du Québec (52 % contre 60 %[2]).

Bien que la population bas-laurentienne était, en 2011, encore l'une des moins scolarisées du Québec, et ce, avec 19 % de sa population de 25-64 ans qui n'a jamais obtenu de certificat ou diplôme d'études (15 % au Québec), tout porte à croire que cette situation s'améliorera.

[2] Institut de la statistique du Québec, Tableau *Taux d'activité, d'emploi et de chômage, données désaisonnalisées au 4e trimestre 2013.*

1.3 Portrait de santé des Bas-Laurentiens

Bien que de manière générale, le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées.

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

De façon générale, le Bas-Saint-Laurent se classe positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas-Saint-Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

Habitudes de vie et comportements

Concernant le tabagisme, la région présente, sur son territoire, une proportion de fumeurs semblable à celle du Québec. D'ailleurs, cette proportion est stable depuis une dizaine d'années.

Pour ce qui est de la consommation de fruits et de légumes (au moins 5 fois par jour), les dernières données démontrent que la situation de la région s'est détériorée. En effet, la proportion qui était de 52 % pour 2009-2010 s'élève maintenant à 38 % (2011-2012). La région se démarque même défavorablement, au plan statistique, par rapport au reste du Québec.

Par ailleurs, la population du Bas-Saint-Laurent tend à être plus active dans ses loisirs. Au début des années 2000, 26 % des adultes (18 ans et plus) de la région étaient très actifs, cette proportion a grimpé à 35 % en 2011-2012. Au niveau des adolescents, la proportion des personnes actives s'est plutôt maintenue à environ 36 % pour cette même période.

Santé des mères et des tout-petits

La population de la région se distingue positivement pour l'indicateur du taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans, pour la période 2010-2012, avec un taux de 3,9 pour 1 000 adolescentes. Le Bas-Saint-Laurent est la région qui présente le taux le plus faible de la province (taux du Québec : 10,2 pour 1 000 adolescentes).

Sur le territoire bas-laurentien, les naissances de faible poids (5,2 %) et les naissances prématurées[1] (6,8 %) sont en proportion similaire, voire légèrement plus faibles qu'au Québec (avec respectivement 5,7 % et 7,2 % pour la période 2009-2011).

Personnes vivant avec des limitations

Par ailleurs, en 2010-2011 (EQLAV), parmi les personnes âgées de 15 ans et plus de la région, 35 % ont déclaré être limitées dans certaines activités (à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités) à cause d'un état physique, un état mental ou un problème de santé de longue durée. Il s'agit d'une proportion équivalente à celle enregistrée au Québec (33 %).

En mars 2013, près de 4 900 adultes de la région étaient considérés, en vertu du programme de solidarité sociale, comme ayant des contraintes sévères à l'emploi. Ce nombre de personnes représentait alors 3,9 % de tous les adultes âgés de 18 à 64 ans du Bas-Saint-Laurent, ce qui s'avère un peu plus élevé que dans l'ensemble du Québec, où cette proportion ne se situe qu'à 2,6 %. Par contre, lorsqu'on examine la proportion de personnes recevant de l'aide sociale (adultes et enfants confondus) sur la population totale, la région récolte 2,8 % alors qu'au Québec, cette proportion est de 3,9 %.

[1] Faible poids = moins de 2 500 grammes; prématurées = moins de 37 semaines de gestation.

Environnement social

Outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on observe un peu plus de personnes qui vivent seules. De plus, le territoire compte sensiblement la même proportion de personnes veuves, séparées et divorcées que l'ensemble du Québec (15 % contre 14 %).

On observe depuis quelques années que le décrochage scolaire est moins fréquent dans la région, comparativement à l'ensemble du Québec. Parmi les élèves sortants du secondaire inscrits en formation générale des jeunes en 2010-2011, 12 % n'avaient ni diplôme ni qualification, alors qu'ils étaient 21 % au Québec.

Enfin, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province (taux respectifs de 864 et 1 010 par 100 000 habitants pour l'année 2012).

Problèmes de santé mentale et suicide

En 2011-2012, 73 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Néanmoins, les troubles mentaux touchent environ 23 500 Bas-Laurentiens, soit 12 % de la population[4]. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présentait des taux de décès par suicide élevés en comparaison avec d'autres régions sociosanitaires. Toutefois, pour la période 2008-2010, le taux de suicide du Bas-Saint-Laurent (15,7 pour 100 000 habitants) est semblable à celui du Québec (14,5 pour 100 000 habitants).

Espérance de vie et mortalité

L'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante. Au Bas-Saint-Laurent, elle était de 81,2 ans pour la période 2008-2010. Au niveau des MRC, elle varie de trois années entre la MRC la plus avantagée (Les Basques avec 82,1 ans) et celle qui l'est le moins (La Mitis avec 79,3 ans).

On note aussi que l'autoévaluation de l'état de santé général, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, varie sensiblement d'un territoire de MRC à l'autre. Si, dans la MRC de Rimouski-Neigette, 66 % de la population évalue très positivement leur santé, cette même évaluation n'est faite que par 44 % de la population de la MRC de La Matanie (données de 2005).

Du fait que la population de la région est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives, sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies de l'appareil respiratoire afficheraient un taux de mortalité supérieur pour la période 2008-2010.

Cependant, sur d'autres aspects la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents de véhicules à moteur figure en tête de liste de ces aspects négatifs (12,6 comparé à 6,5 par 100 000 habitants au Québec, période 2008-2010). Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe que 2,5 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2008 à 2010, 4 % des décès par traumatisme non intentionnel (ex. : accident, chute, noyade, etc.).

Services de santé

À cet égard, un indicateur provenant de l'Enquête sur l'expérience de soins (EQES) réalisée en 2010-2011, qui mesure la proportion de la population bas-laurentienne de 12 ans et plus ayant un médecin de famille, apparaît significativement plus élevé avec 89 % comparativement au Québec (79 %). Deux territoires de MRC se démarquent de façon significative pour cet indicateur, soit La Matapédia (95 %) et La Mitis (84 %).

[4] Lesage, A. & Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Institut national de santé publique du Québec, no : 1578, 15 pages.

1.4 Les établissements de santé et de services sociaux et les réseaux locaux de services

DÉCOUPAGE TERRITORIAL

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend huit réseaux locaux de services (RLS) regroupant dix établissements publics :

- Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui tiennent lieu d'instances locales assumant ainsi la coordination de la mise en place des RLS;
- Deux établissements régionaux spécialisés, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Bas-Saint-Laurent (CRDITED);
- La région compte également un Centre de réadaptation en déficience physique, sous la responsabilité du CSSS de La Mitis, et un Centre de réadaptation pour les personnes aux prises avec une dépendance, sous la responsabilité du CSSS de Rivière-du-Loup.

Il faut toutefois noter que plusieurs autres partenaires intersectoriels gouvernementaux ou non gouvernementaux (emploi, éducation, services de garde, justice, sécurité publique, municipalités, organismes communautaires, etc.) sont aussi engagés dans chacun de ces territoires. Le rapport annuel de chacun de ces établissements peut en témoigner de manière plus explicite.

Pour plus d'information sur les établissements de santé et de services sociaux ainsi que sur les réseaux locaux de services, veuillez vous référer aux fiches sociosanitaires, qui peuvent être consultées sur le site Web de l'Agence à l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca.

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

Établissements et partenaires en santé et services sociaux

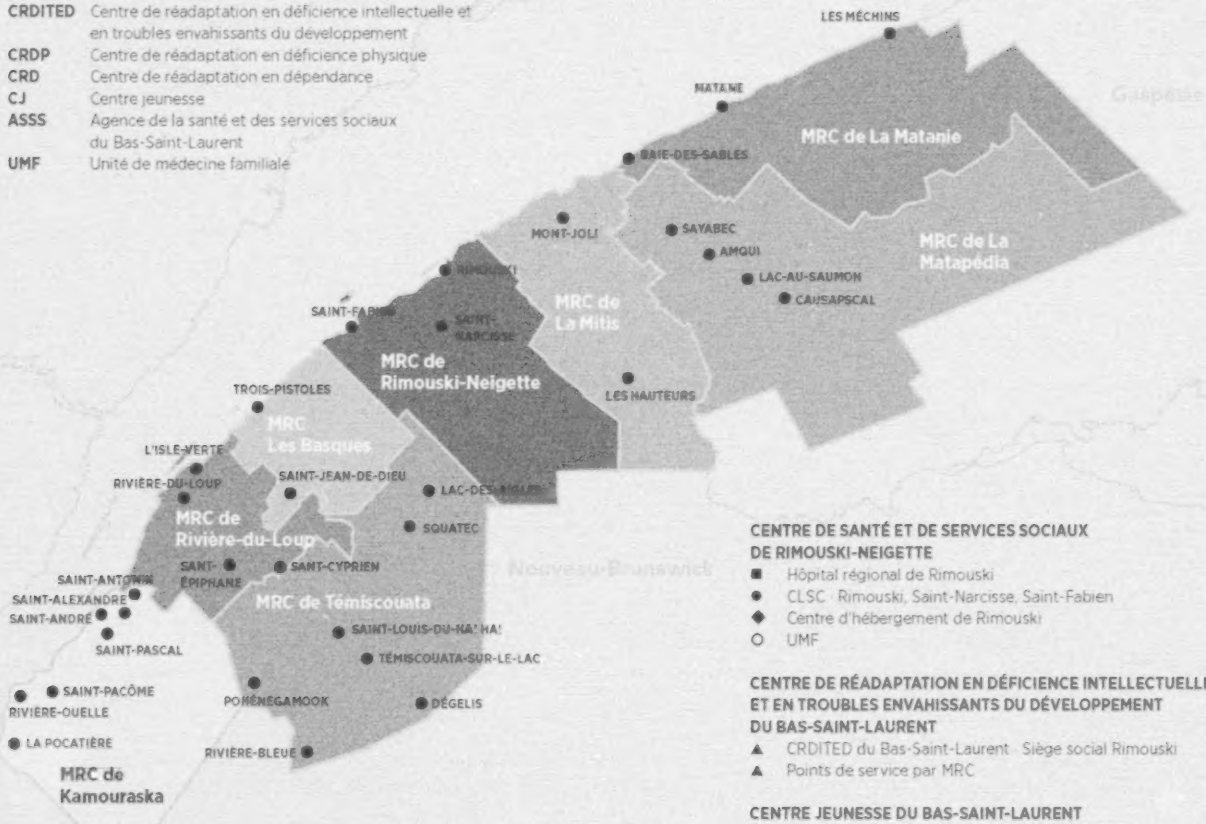
Territoire	Budget net de fonctionnement final (en millions de dollars)	Personnel* (ETC)	Cliniques médicales**	GMF	Pharmacies	Organismes communautaires
Kamouraska	40,1	461	5	1	7	13
Rivière-du-Loup	90 (incluant le budget du CRD L'Estran)	1 180	7	2	11	21
Témiscouata	33,6	430	4	1	7	15
Les Basques	14,5	209	0	1	3	8
Rimouski-Neigette	164,5	1 919	12	2	17	39
La Mitis	41,5 (incluant le budget du CR L'InterAction)	652	2	1	5	12
La Matapédia	35,8	418	3	1	5	12
Matane	44	570	5	1	5	13
Établissements régionaux	CJ : 31,1 CRDITED : 30,5	CJ : 344 CRDITED : 310				
Sous-total établissements	525,7					
Autres catégories	Transport ambulanciers : 21,3 Organismes communautaires : 18,6 GMF : 3,3 Technocentre régional : 3,5 Autres : 4,0					
TOTAL	576,3	6 493	38	10	60	133

* Source : Rapport financier annuel des établissements (AS-471), année 2013-2014, page 735-00 (ressources humaines de l'établissement).
** Peut inclure des points de service de GMF s'il y a lieu.

RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

LEXIQUE ET LÉGENDE

- ■ **CHSGS** Centre hospitalier en soins généraux et spécialisés
- ● **CLSC** Centre local de services communautaires
- ◆ **CHSLD** Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- ▲ **CRDITED** Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
- △ **CRDP** Centre de réadaptation en déficience physique
- ⬟ **CRD** Centre de réadaptation en dépendance
- ★ **CJ** Centre jeunesse
- ◉ **ASSS** Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
- ○ **UMF** Unité de médecine familiale



CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA
- ■ Hôpital Notre-Dame-de-Fatima · La Pocatière
- ● CLSC · Saint-Pascal, La Pocatière
- ◆ Centre d'hébergement d'Anjou · Saint-Pacôme
- ◆ Centre d'hébergement Villa Maria · Saint-Alexandre

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP
- ■ Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- ● CLSC · Rivière-du-Loup, Saint-Épiphane, L'Isle-Verte
- ● Centre d'hébergement · Rivière-du-Loup, Saint-Antonin, Saint-Cyprien
- ⬟ CRD L'Estran

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE TÉMISCOUATA
- ■◆ Hôpital de Notre-Dame-du-Lac
- ● CLSC · Pohénégamook, Témiscouata-sur-le-Lac, Dégelis, Lac-des-Aigles
- ◆ Centre d'hébergement de Squatec
- ◆ Centre d'hébergement de Saint-Louis-du-Ha! Ha!
- ◆ Centre d'hébergement de Rivière-Bleue

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES BASQUES
- ◆● Urgence, CLSC, CHSLD
- ○ UMF Basques - KRTB

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIMOUSKI-NEIGETTE
- ■ Hôpital régional de Rimouski
- ● CLSC · Rimouski, Saint-Narcisse, Saint-Fabien
- ◆ Centre d'hébergement de Rimouski
- ○ UMF

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DU BAS-SAINT-LAURENT
- ▲ CRDITED du Bas-Saint-Laurent · Siège social Rimouski
- ▲ Points de service par MRC

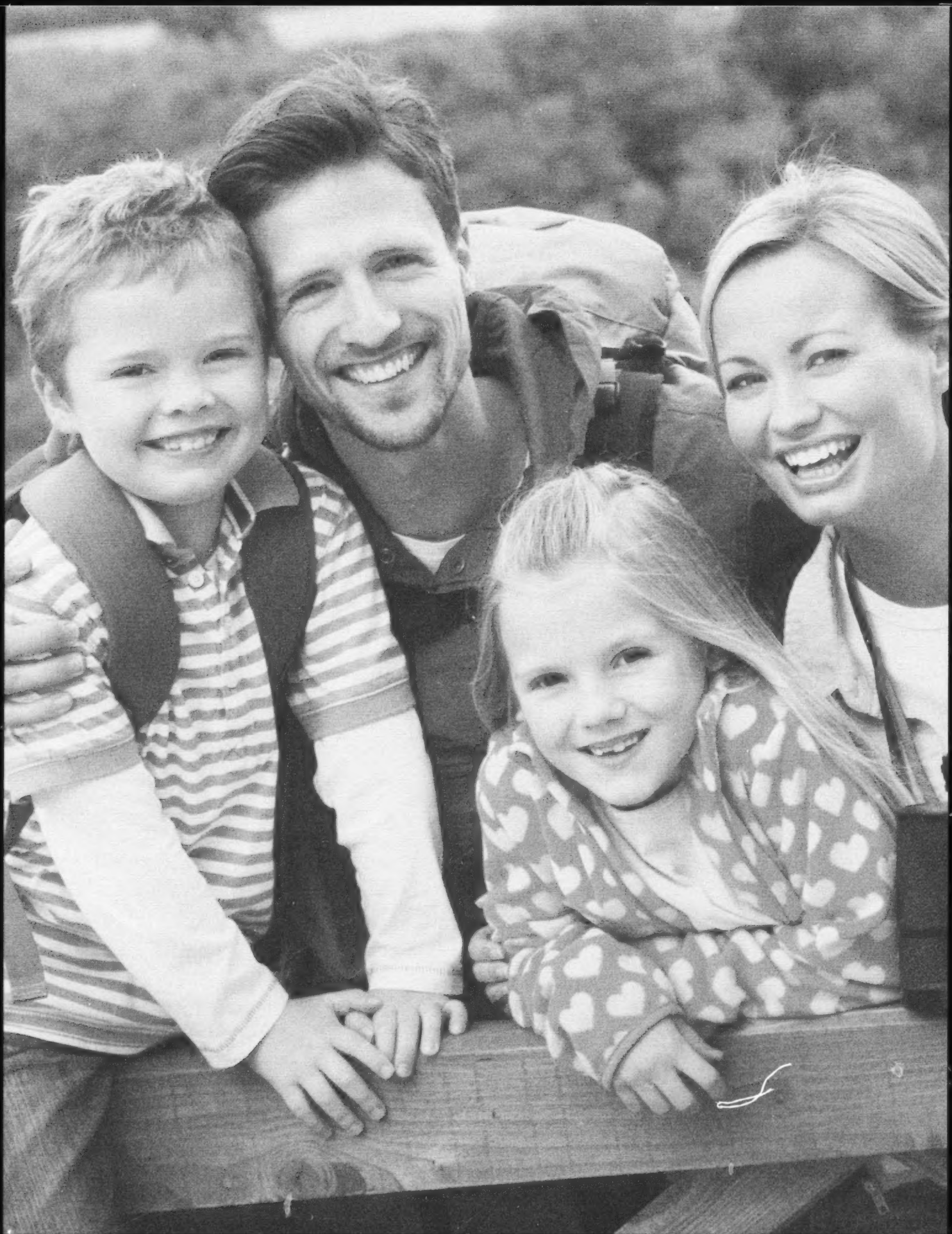
CENTRE JEUNESSE DU BAS-SAINT-LAURENT
- ★ Siège social Rimouski
- ★ Unités de réadaptation · Rivière-du-Loup, Trois-Pistoles, Rimouski, Matane
- ★ Points de service par MRC

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT
- ◉ Rimouski, Rivière-du-Loup

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MITIS
- ● CLSC · Mont-Joli, Les Hauteurs
- ● Maison des naissances Colette-Julien
- ◆ CHSLD
- △ CR L'InterAction · Rivière-du-Loup, Rimouski, Mont-Joli

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MATAPÉDIA
- ■ Hôpital d'Amqui
- ✚ Centre d'hébergement Marie-Anne-Ouellet · Lac-au-Saumon
- ● CLSC · Amqui, Causapscal, Sayabec

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MATANE
- ■ Hôpital de Matane
- ◆ Centre d'hébergement de Matane
- ● CLSC · Matane, Baie-des-Sables, Les Méchins



Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

CHAPITRE 02

2.1 Mission, rôle et responsabilités

La mission première de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

À cet effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) définit l'environnement du réseau de la santé et des services sociaux où les instances locales de gouverne de services de santé et de services sociaux doivent s'inscrire au sein d'un réseau régional dont la coordination est assurée par une instance régionale qu'est l'Agence.

Dans ce sens, l'Agence assume son **rôle de coordination,** particulièrement en matière d'organisation de services intégrés, de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Pour ce faire, elle **doit exercer les responsabilités suivantes** (art. 340) :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services et assurer le respect de ses droits (comités des usagers, comités des résidents, conseils d'administration, information sur les services, droits, recours et obligations des usagers, mécanismes de mesures de satisfaction);
- S'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de la région et les adapter aux particularités de ceux-ci;
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- Gérer le service régional de conservation des dossiers des usagers incluant la gestion des profils d'accès et des consentements;
- Approuver les paramètres des services de santé et des services sociaux fixés par les établissements;
- Exercer, dans certaines circonstances prévues par la loi, un pouvoir de surveillance, d'enquête ou d'inspection;
- Exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

L'Agence doit aussi assumer des fonctions liées à six grands secteurs d'activités :

- **La coordination des services** (art. 352 à 370) :
  - Assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
  - Assurer la coordination des services de la région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
  - Promouvoir les activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et assurer la collaboration intersectorielle requise;
  - Déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région et s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination sont fonctionnels.
- **La gestion des ressources** (art. 376 à 385) :
  - Développer les plans régionaux de planification de main-d'œuvre et le plan des effectifs médicaux de la région;
  - S'assurer du regroupement de l'approvisionnement en commun;
  - Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.
- **L'allocation des ressources** (art. 350-351) :
  - Allouer les budgets destinés aux établissements;
  - Accorder les subventions aux organismes communautaires;
  - Assurer l'administration et le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements effectuées par les établissements publics de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise;
  - Contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées.
- **La santé publique** (art. 371 à 375) :
  - Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

- Organiser les services et allouer les ressources pour l'application du Plan d'action régional en santé publique.

• **L'organisation des services** (art. 346.1 à 349) :
- Développer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
- Développer un programme d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise de la région;
- Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population.

• **Les priorités de santé et de bien-être** (art. 346-346.0) :
- Veiller au respect des orientations nationales et des priorités en matière de santé et de bien-être;
- Constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées et délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées.

2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme

Le Plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été adopté en mai 2012. L'organigramme s'y rattachant est effectif depuis le 6 décembre 2011. Ce plan et l'organigramme peuvent être consultés sur le site Web de l'Agence à l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca.

Nous vous illustrons ici le tableau des effectifs de l'Agence ainsi que l'organigramme à jour adopté par le conseil d'administration.

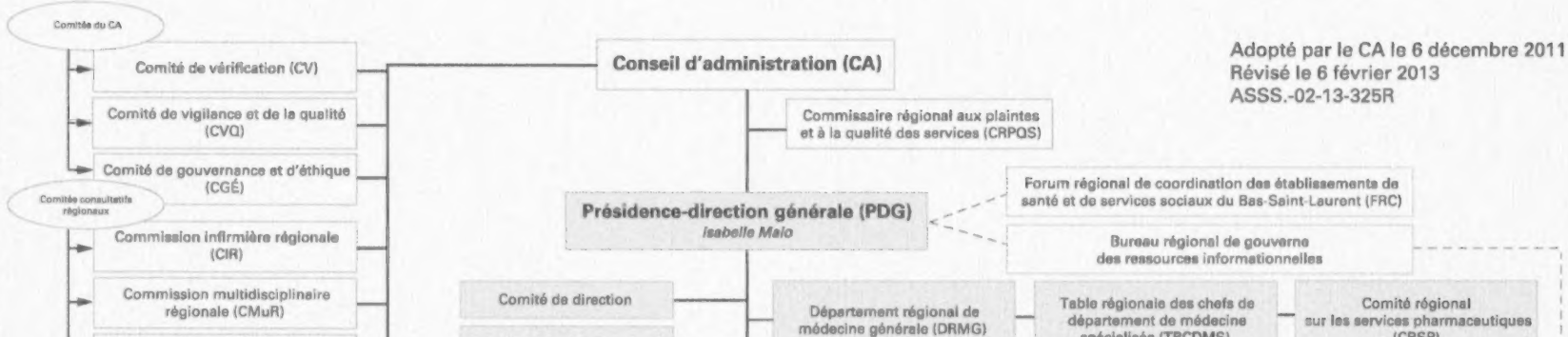
LES EFFECTIFS DE L'AGENCE

En date du 31 mars 2014	Exercice en cours 2013-2014	Exercice antérieur 2012-2013
Les cadres		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	8,52	8,9
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,33	0,3
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	82,51	81,6
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1,36	0,6
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	19 702	18 990
• Équivalents temps complet [b]	10,79	10,4

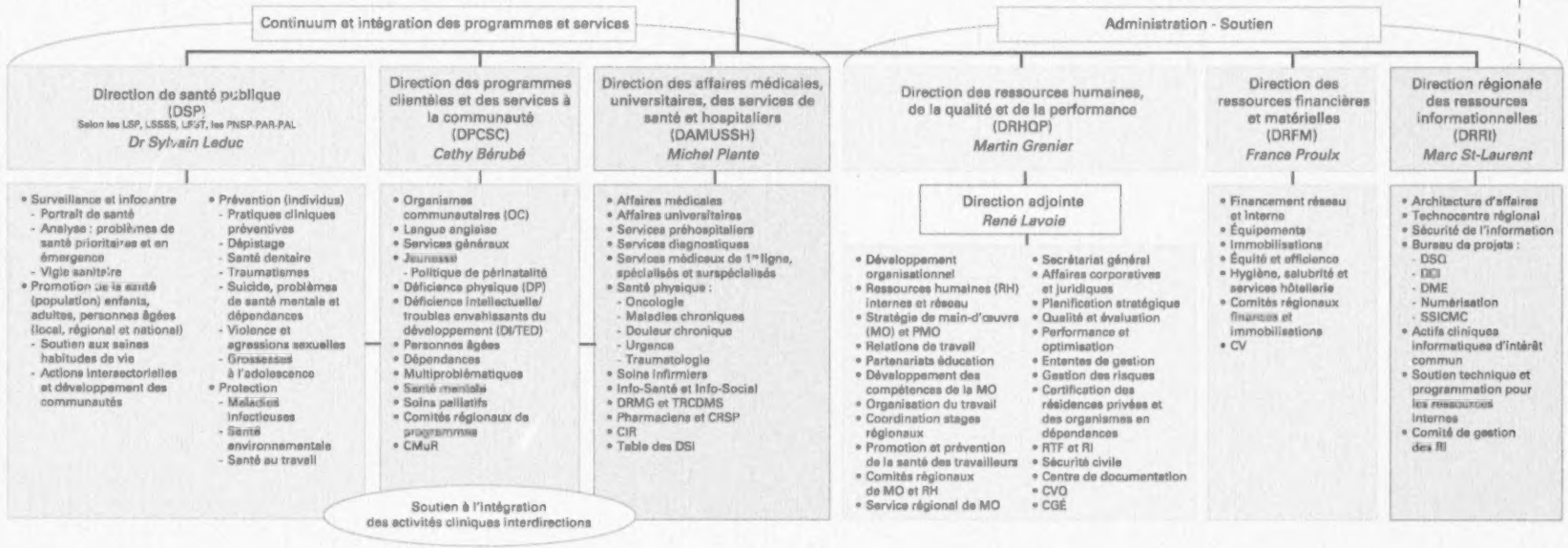
[a] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par 1 575 heures
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

[b] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures

STRUCTURE DE GOUVERNANCE



STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



2.3 Conseil d'administration

Au cours des douze derniers mois, les membres du conseil d'administration se sont réunis à cinq reprises en séance ordinaire et à deux reprises par conférence téléphonique.

Au cours de l'année, les membres du conseil d'administration ont adopté des résolutions en regard particulièrement :

- Du Cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires;
- De la Planification régionale des projets et activités en ressources informationnelles 2014-2017 de l'Agence et rapports synthèses à transmettre au MSSS;
- Du Plan d'action régional en santé mentale 2013-2016;
- De l'orientation en regard du Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes;
- Du Règlement sur les règles de fonctionnement du Comité de gouvernance et d'éthique;
- De la mise à jour du Règlement de régie interne du Comité de vigilance et de la qualité.

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été révisé et adopté par le conseil d'administration le 12 mars 2014. Une copie intégrale de ce code est annexée au présent rapport.

Pour l'année 2013-2014, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été signalé.

2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

MANDAT

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des personnes qui s'adressent à lui et du traitement diligent de leurs plaintes. Il intervient également de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Entre autres fonctions, il assure la promotion de l'indépendance de son rôle ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de la population. Il dresse, au besoin et au moins une fois l'an, un bilan de ses activités auquel il intègre l'ensemble des rapports en cette matière produits par les établissements de santé et de services sociaux de la région. Il exerce aussi un rôle de soutien au plan régional auprès des commissaires locaux des établissements.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Participation aux activités de la Table des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services de la région et aux rencontres de la Table ministérielle des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services.
- Collaboration avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Bas-Saint-Laurent (CAAP-BSL) ainsi qu'avec les organismes du milieu, dont le mandat vise à contrer la maltraitance envers les personnes aînées.

Présentation de rapports périodiques sur les activités du commissaire régional au Comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence.
- Examen complété en 2013-2014 de 78 dossiers, soit :
  - 16 plaintes;
  - 33 interventions, dont 26 concernaient les résidences privées pour aînés;
  - 18 demandes d'assistance;
  - 11 demandes de consultation.

Activités en regard des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes

- Participation à une formation en matière d'intervention auprès des usagers et des visiteurs en milieu sociosanitaire.
- Révision du contenu de la rubrique « Plaintes et droits des usagers » du site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

2.5 Comité de vigilance et de la qualité

MANDAT

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services offerts et dans le respect des droits individuels et collectifs, le Comité de vigilance et de la qualité assure auprès du conseil le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la *Loi sur le Protecteur du citoyen*.

Les fonctions dévolues au Comité de vigilance et de la qualité sont les suivantes :

- Recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou par le Protecteur du citoyen;
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations;
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers et aux autres utilisateurs de services;
- Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations effectuées;
- Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration jugera utile au respect de la responsabilité du comité en vertu de l'article 8 et des présentes fonctions;
- Veiller à ce que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

COMPOSITION

Les membres du comité proviennent de l'Agence et de son conseil d'administration. Il est composé de 5 personnes, dont la présidente-directrice générale et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours des douze derniers mois, les membres du comité se sont réunis à quatre reprises. Parmi les sujets abordés, mentionnons les éléments suivants : rapports du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, nouveau règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, suivi des visites ministérielles d'évaluation de la qualité en CHSLD, suivi des agréments des établissements et rapport semestriel sur les accidents et les incidents.

2.6 Comité de vérification

MANDAT

Le Comité de vérification de l'Agence prend connaissance, entre autres, des résultats des états financiers audités et s'assure que des suites sont données aux recommandations, le cas échéant. Il fait également des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers et, s'il y a lieu, concernant les conventions comptables et tout autre rapport de vérification. Il est aussi à la disposition du vérificateur dans le cadre de son mandat.

COMPOSITION

Les membres du comité proviennent du conseil d'administration et sont supportés dans leurs travaux par des ressources de l'Agence.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Le Comité de vérification a fait les recommandations suivantes au conseil d'administration :

- Adoption du budget et des états financiers audités du Programme de Santé au travail pour l'exercice 2014;
- Adoption des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice se terminant le 31 mars 2014.

Le Comité de vérification a aussi effectué le suivi de l'entente de gestion entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence. De façon plus spécifique :

- Prendre connaissance de l'entente de gestion intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence et de l'évolution des résultats en cours d'exercice;
- Assurer le suivi de l'entente auprès du conseil d'administration.

Il a de plus assuré un suivi du budget de fonctionnement de l'Agence.

Sécurité informatique

Les membres ont été informés des démarches effectuées au Technocentre concernant le volet sécurité informatique, plus précisément du bilan annuel ayant trait à la sécurité de l'information et du plan de traitement des risques, comme défini dans le cadre de gestion du MSSS.

Cible de réduction du projet de loi n° 100 et cible d'optimisation du MSSS

Les membres du comité ont pris connaissance des cibles de réduction concernant l'implantation du projet de loi n° 100, Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour de l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, et des cibles d'optimisation comme définies par le MSSS et ont effectué un suivi rigoureux.

Le comité a été en mesure d'apprécier :

- La capacité du réseau régional à atteindre les objectifs fixés dans le projet de loi n° 100;
- La capacité du réseau d'atteindre les cibles fixées sans diminuer l'offre de service à la population.

2.7 Comité de gouvernance et d'éthique

MANDAT

Le Comité de gouvernance et d'éthique est un comité relevant du conseil d'administration de l'Agence, créé dans la foulée de récentes modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de loi n° 127). Le Comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions :

- D'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- D'élaborer un code d'éthique et de déontologie, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration. Ce code doit, entre autres, prévoir les normes suivantes :
  - traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
  - traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
  - prescrire la déclaration obligatoire des intérêts;
  - traiter de leurs devoirs et obligations, même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
  - prévoir des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes responsables de l'application du code et la possibilité de sanctions.
- D'élaborer des profils de compétences et d'expérience pour la nomination des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- D'élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- D'élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- D'évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le comité et approuvés par le conseil d'administration;
- D'assumer toute autre fonction confiée par le conseil d'administration.

COMPOSITION

Les membres du comité proviennent de l'Agence et de son conseil d'administration. Il est composé de 5 membres, dont la PDG et le président du CA.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

En référence aux différents volets de son mandat, le comité a réalisé les chantiers prioritaires suivants :

- Élaborer un projet de règlement de régie interne pour le comité, à soumettre au conseil d'administration pour adoption en mai 2013;
- Réviser le Règlement de régie interne de l'Agence afin de proposer un règlement révisé au conseil d'administration en juin 2013;
- Proposer aux membres du conseil d'administration une démarche de réflexion éthique quant au rôle des administrateurs comme base de réflexion pour réviser le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs;
- Amorcer les discussions sur l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- Soumettre aux membres du conseil d'administration pour adoption le projet de Code d'éthique et de déontologie des administrateurs;
- Amorcer la réflexion sur le profil de compétences et d'expérience des membres indépendants du CA.

2.8 Comité intersectoriel des partenaires de l'Agence

MANDAT

Le Comité intersectoriel des partenaires de l'Agence est un comité créé par le conseil d'administration de l'Agence, à la suite de la décision prise le 30 novembre 2011 de ne pas renouveler le mandat du Forum de la population. Il avait alors été décidé d'explorer, avec la Conférence régionale des éluEs (CRÉ), la mise sur pied d'une nouvelle structure de concertation régionale réunissant certains partenaires régionaux de l'Agence.

Des échanges ont donc eu lieu avec les représentants de la CRÉ, du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) ainsi que de la Table de concertation des personnes aînées du Bas-Saint-Laurent (TCABSL) afin de mettre sur pied une nouvelle structure de concertation régionale.

Le mandat retenu pour ce comité consiste à mettre en place un lieu de concertation au niveau des instances régionales partenaires de l'Agence, pouvant permettre ou faciliter les arrimages intersectoriels portant sur les grands enjeux en santé et services sociaux actuels et à venir au Bas-Saint-Laurent. À cette fin, le comité concentre ses travaux sur les éléments suivants :

- Échanger, dans un esprit de réciprocité, sur les enjeux sociosanitaires prioritaires;
- Conseiller l'Agence sur les modalités de consultation de la population prévues à la LSSSS;
- Conseiller l'Agence sur les pistes d'amélioration de l'organisation des soins et services à la population sur la base de l'approche intersectorielle;
- Conseiller l'Agence sur le contenu d'ententes actuelles ou à venir touchant l'organisation des services de santé et de services sociaux et impliquant différents ministères ou partenaires régionaux;
- Fournir à l'Agence tout avis susceptible d'améliorer l'offre de service à la population;
- Proposer des chantiers de travail pouvant interpeller les responsabilités des partenaires membres du comité ou d'autres acteurs autour de préoccupations liées à la santé, au bien-être de la population, à l'organisation des services, etc.;
- À partir d'un partage de certains grands enjeux du réseau de la santé et des services sociaux dans la région, conseiller l'Agence sur les stratégies de mobilisation régionales ou territoriales à préconiser.

COMPOSITION

Les membres du comité proviennent de la CRÉ, du MELS, de la TCABSL, de l'Agence et de son conseil d'administration.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Les sujets abordés par le comité ont couvert les différents enjeux en santé et services sociaux dans la région. Le comité a pris connaissance des travaux et réflexions portant sur la planification stratégique 2015-2020 nationale et régionale du réseau de la santé et des services sociaux, les services Info-Santé/Info-Social, les enjeux de la sécurité civile (mission santé), les enjeux de la démarche régionale sur le vieillissement en santé, l'échange sur le rôle du réseau de la santé et des services sociaux en matière de sécurité civile et sur les échanges sur les attentes des partenaires. Le comité a mis de l'avant ces pistes de travail :

- Promouvoir les réalisations respectives en santé et services sociaux et en intersectoriel;
- Prévoir une activité de sensibilisation des élus municipaux concernant le développement des collectivités et l'importance des travaux intersectoriels à la suite des élections municipales de l'automne 2013;
- Intervenir en intersectorialité de manière large;
- Poursuire les travaux sur le vieillissement en santé (VES) au plan régional et dans les milieux locaux;
- Poursuivre les efforts concertés des partenaires pour assurer la pérennité de la démarche COSMOSS et du travail de rue;
- Tenir des rencontres entre les dirigeants du réseau de l'éducation (commissions scolaires) et ceux de la santé et des services sociaux, afin de préciser les enjeux et pistes d'interventions communes à consolider.

2.9 Département régional de médecine générale

MANDAT

Le Département régional de médecine générale (DRMG) du Bas-Saint-Laurent a pour mandat de faire des recommandations à la présidente-directrice générale de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique, de formuler des propositions et de donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux.

COMPOSITION

Les membres du DRMG proviennent des huit territoires de MRC de la région ainsi que de l'Agence, soit la PDG.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours de la dernière année, les membres ont abordé les sujets suivants :

- Distribution des effectifs médicaux en omnipratique en tenant compte de la pénurie médicale;
- Désignation des territoires prioritaires pour les boursiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) 2014 : les CSSS de Matane, de La Matapédia, des Basques et de Rivière-du-Loup;
- Recommandation au comité paritaire pour le renouvellement de l'accès au mécanisme de dépannage pour les CSSS de Matane, de Kamouraska et de Témiscouata. Les CSSS de Rivière-du-Loup et de La Matapédia ont également accès à ce type de dépannage;
- Recommandation au comité paritaire pour la désignation du CSSS de Matane à la lettre d'entente 132 ainsi qu'à la lettre d'entente 149;
- Attribution d'un nouveau mandat au sous-comité recrutement : revoir les activités de recrutement et les articles promotionnels;
- En collaboration avec les coordonnateurs médicaux, définition d'indicateurs pour le système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien (SIGACO) et identification de deux chantiers de travail, soit la mise en place d'un plan stratégique local et l'établissement d'un plan de relève en vue des nombreux départs à la retraite;
- Suivi de la mise en place des instances locales de première ligne;
- Échange avec les chefs de départements de médecine générale concernant les tables territoriales locales, l'accueil clinique, le partage des responsabilités en lien avec les effectifs médicaux et les activités médicales particulières (AMP);
- Recommandation pour le renouvellement de la convention entre l'Agence et le Groupe de médecine de famille (GMF) de Kamouraska;
- Élaboration d'un cadre de gestion régional des surplus GMF;
- Ouverture pour la reconnaissance d'AMP en ce qui concerne les soins auprès des usagers en maisons de soins palliatifs;
- Suivi des travaux en informatique médicale : choix d'un dossier médical électronique (DMÉ) régional, implantation du DSQ et déploiement de MédiClinic régional;
- Signature et mise en vigueur de l'ordonnance collective « Substitution thérapeutique d'inhibiteurs de la pompe à protons »;
- Processus électoral en 2013 et nomination de nouveaux membres cooptés;
- Balisage des pratiques minimales des omnipraticiens.

2.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

MANDAT

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a le mandat de faire des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux spécialisés et assurer son application, ainsi que de définir, proposer et évaluer un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés.

COMPOSITION

Les membres de la Table sont des chefs de différents départements de médecine spécialisée des établissements du Bas-Saint-Laurent ainsi que la PDG.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Préparation et discussions entourant le plan d'action préliminaire OPTILAB-GRAPPE 01.
- Recommandation concernant la priorisation des équipements médicaux spécialisés 2014.
- Portrait mi-parcours et rétroaction sur le Plan quinquennal 2010-2015 en médecine spécialisée.
- Recommandation portant sur la mise en place du Consortium de 2e ligne en douleur chronique.

2.11 Comité régional sur les services pharmaceutiques

MANDAT

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques a le mandat de faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre. Il donne également des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

COMPOSITION

Les membres du comité sont des pharmaciens œuvrant en établissements de santé et en pharmacies communautaires, ainsi qu'un représentant de l'Agence.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours de la dernière année, les sujets abordés ont été les suivants :

- Loi 41, Loi modifiant la Loi sur la pharmacie;
- Implantation du Dossier de santé du Québec (DSQ) dans les pharmacies communautaires du Bas-Saint-Laurent;
- Amorce du projet de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) phase III;
- Projet d'organisation du travail en pharmacie (POTP) pour les CSSS de La Mitis, Matane et La Matapédia;
- Table de concertation locale de 1re ligne;
- Collaboration entre pharmaciens communautaires et établissements en oncologie;
- Clinique régionale d'allaitement;
- Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI);
- Accès à la méthadone dans les pharmacies communautaires;
- Ordonnance collective (traitement des réactions allergiques sévères - anaphylaxie « projet » et pédiculose).

2.12 Commission infirmière régionale

MANDAT

La Commission infirmière régionale (CIR) a le mandat de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre. Elle doit également se prononcer sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

COMPOSITION

Les membres de la Commission infirmière régionale sont des infirmières oeuvrant dans les établissements de santé du Bas-Saint-Laurent ainsi que des représentants du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent-Îles-de-la-Madeleine, du milieu collégial, de l'UQAR et de l'Agence.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours de l'année, le départ de deux personnes a entraîné la nomination de nouveaux membres. Un plan de travail a été présenté au conseil d'administration afin de prioriser des objectifs de travail qui seront portés par la CIR pour les trois prochaines années. Ce plan de travail a également été présenté au Colloque régional des CII. Voici les priorités retenues :

- Améliorer l'arrimage entre les maisons d'enseignement et les différentes organisations du réseau de la santé et des services sociaux de la région;
- Améliorer l'arrimage des priorités de travail entre la CIR, la CMuR et les CECII afin de favoriser l'harmonisation des priorités de santé et de services sociaux;
- Améliorer le niveau de connaissances des gestionnaires et des professionnels du réseau du champ d'exercice de l'infirmière, de l'infirmière praticienne en soins de première ligne, de l'infirmière auxiliaire, ainsi que des activités qui leur sont réservées;
- S'approprier les enjeux de la gouverne en soins infirmiers dans l'ensemble des CSSS et des centres régionaux spécialisés.

2.13 Commission multidisciplinaire régionale

MANDAT

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a le mandat de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre. Elle donne également son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population. Elle doit aussi exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration de l'Agence et lui faire rapport périodiquement.

COMPOSITION

Les membres de la Commission multidisciplinaire régionale sont des professionnels des domaines social, de la réadaptation et de la santé, ainsi que des représentants du Cégep de Rimouski, de l'UQAR et de l'Agence.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- La cueillette d'information auprès du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent et de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec concernant leurs programmes d'orientation des intervenants en regard des pratiques professionnelles multidisciplinaires.

Elle s'associe aux travaux de la Direction des ressources humaines, de la qualité et de la performance de l'Agence traitant de l'intégration des stagiaires en milieu professionnel.

- Le suivi de l'évolution des modifications du Code des professions. La Commission a notamment transmis aux instances multidisciplinaires locales les diverses correspondances de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux à ce sujet.
- Recensement des accès des bases de données sans frais de consultation. Rappelons que certains membres n'ont plus accès à des bases de données payantes depuis quelques années pour des raisons budgétaires. Les travaux devraient permettre de déterminer la pertinence de l'émission d'un avis pour revoir des stratégies pour faciliter l'accès aux bases de données universitaires aux professionnels des pratiques multidisciplinaires.
- Approbation du modèle des pratiques collaboratives déployé par le RUIS-Laval dans le cadre de la formation. La Commission s'inscrit davantage dans ce contexte à la promotion de cette vision comme une approche à préconiser au sein des établissements du BSL, les travaux de la Commission se poursuivent sur ce sujet en vue de l'émission d'un avis.
- Travaux avec les présidents et présidentes des conseils multidisciplinaires pour partager avec eux l'intérêt à s'inscrire dans un plan de déploiement du modèle conceptuel régional portant sur le plan d'intervention et le plan de services individualisé (PI-PSI).
- Arrimages avec les conseils multidisciplinaires locaux. Pour ce faire, la Commission a créé des liens de correspondance avec les instances locales. La Commission a aussi mis en lien les conseils municipaux et l'Agence pour leur permettre d'avoir accès à des documents et à différentes publications.
- Approfondissement des connaissances concernant le nouveau concept intégrateur de services d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG). La Commission émettra un avis ou une recommandation à cet effet, au besoin.

2.14 Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise

MANDAT

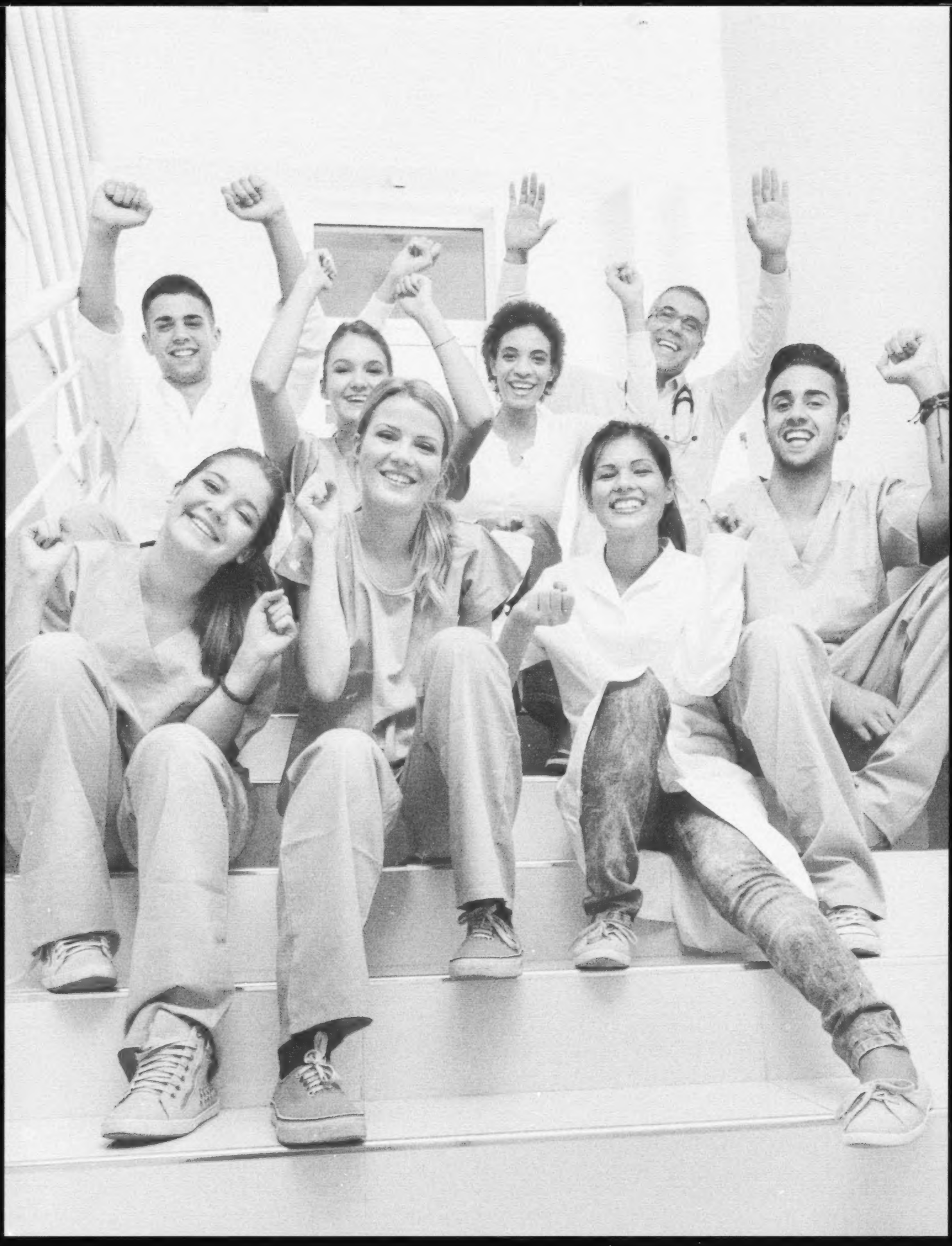
- Donner son avis à l'Agence sur le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise du Bas-Saint-Laurent;
- Évaluer ce programme d'accès et, le cas échéant, y suggérer des modifications;
- Conseiller de façon continue l'Agence relativement à tout ce qui touche l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais dans le Bas-Saint-Laurent;
- Favoriser la concertation entre l'Agence, les établissements, les organismes communautaires et les personnes d'expression anglaise.

COMPOSITION

Les membres du Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise proviennent des CSSS de La Mitis, de Rimouski-Neigette, de la communauté anglophone, d'un organisme communautaire impliqué dans la communauté d'expression anglaise du Bas-Saint-Laurent et de l'Agence.

PRINCIPALE ACTIVITÉ DE L'ANNÉE

- Établir un réel partenariat avec la communauté anglophone du Bas-Saint-Laurent dans le but de mieux comprendre ses besoins et de faciliter la transmission d'informations et de documents reliés à la santé.



CHAPITRE

03

Faits saillants de l'année

3.1 L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être

3.1.1 Les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Les services de santé et les services sociaux ne peuvent, à eux seuls, améliorer l'état de santé d'une population. Des mesures de surveillance de l'état de santé, de promotion, de prévention et de protection doivent être mises en place dans chacune des communautés pour ainsi réduire les facteurs de risque et intervenir en cas de menace à la santé d'une population. Ce sont les fonctions essentielles de santé publique qui s'actualisent au Bas-Saint-Laurent, sous le leadership de la direction régionale de santé publique, ainsi que par la contribution des CSSS de la région.

C'est dans ce contexte que la Table des gestionnaires locaux de santé publique a été mise en place en 2011. Cette table permet un suivi du déploiement du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2010-2015, des plans d'action locaux (PAL) et des éléments de l'entente de gestion découlant du programme de santé publique. Au cours de la dernière année, le soutien à l'implantation de mesures favorisant l'allaitement maternel, notamment par le renforcement des compétences et le soutien aux services en périnatalité et en petite enfance (SIPPE), a fait l'objet d'accompagnements plus spécifiques. Le maintien de la couverture vaccinale et le respect du calendrier de vaccination demeurent également un enjeu pour lequel une vigie est exercée.

En soutien au déploiement du volet « Saines habitudes de vie », des agents de promotion et prévention en matière de saines habitudes de vie (PP-SHV) sont maintenant en poste dans les huit CSSS, grâce à un investissement effectué dans le programme de santé publique. Parmi leurs trois volets de responsabilités, ils ont été majoritairement investis dans la sphère de concertation intersectorielle et de modification des environnements. Ainsi, ils sont de plus en plus connus et reconnus comme des acteurs clés dans le développement de saines habitudes de vie dans leur milieu, et ce, tant à l'interne du CSSS que par les partenaires de la Table locale COSMOSS (**C**ommunauté **O**uverte et **S**olidaire pour un **M**onde **O**utillé, **S**colarisé et en **S**anté) en saines habitudes de vie. À ce titre, la majorité des agents PP-SHV siègent maintenant comme représentants du CSSS. Depuis l'automne 2013, la coordination de cette équipe, assumée par une professionnelle de la Direction de santé publique (DSP), en plus de différentes rencontres de travail et de formation, a pu leur permettre de devenir plus outillés, notamment pour l'intervention individuelle préventive. D'ailleurs, ils ont pu participer à des formations continues en entretien motivationnel de niveau avancé, ainsi que sur l'intervention spécifique en saines habitudes de vie auprès des enfants, des jeunes et de leur famille.

LES STRATÉGIES PORTEUSES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ AU BAS-SAINT-LAURENT

L'action intersectorielle et le développement des communautés

La région du Bas-Saint-Laurent expérimente depuis 10 ans une démarche de concertation et de mobilisation visant à améliorer la santé et le bien-être des jeunes, tout en favorisant la persévérance scolaire.

Cette démarche nommée COSMOSS repose sur un regroupement de partenaires volontaires issus de différents ministères et organisations de la région qui se sont engagés à faire les choses autrement afin d'arrimer et de bonifier les services offerts, et ainsi présenter une solution adéquate et durable.

COSMOSS s'intègre dans une perspective plus globale de lutte à la pauvreté et aux inégalités sociales et de santé. Elle vise les jeunes de moins de 9 mois jusqu'à l'âge de 30 ans. Cette plate-forme existe au niveau régional et se déploie également au niveau local. Les efforts sont donc centrés sur les actions préventives et le réseautage intersectoriel.

COSMOSS agit principalement sur quatre grands enjeux interreliés :

- Favoriser une entrée scolaire réussie;
- Favoriser le développement de saines habitudes de vie;
- Encourager la persévérance scolaire et la réussite éducative;
- Favoriser une intégration sociale et professionnelle durable.

La mobilisation COSMOSS a permis de faire du Bas-Saint-Laurent la région présentant le plus bas taux de décrochage au secondaire dans toute la province.

Autour de cette initiative se greffent des structures de concertation spécifiques et différentes ententes de partenariat, dont celles touchant la solidarité et l'inclusion sociale, ainsi que celles visant un vieillissement actif et en santé.

D'ailleurs, la démarche *« Vieillir en santé »* (VES) a connu un vaste déploiement en 2013. La région compte maintenant six CSSS inscrits dans la démarche VES convenue dans le *Plan d'action régional de santé publique, Cap sur la santé 2010-2015.* Des experts de l'Initiative pour le partage de connaissances et le développement de compétences (IPCDC) accompagnent la région dans ce déploiement permettant de concrétiser la responsabilité populationnelle des CSSS.

Activités en prévention du suicide

- Adoption des priorités régionales, en accord avec le projet d'amélioration des pratiques en prévention du suicide, et le Plan d'action régional de santé publique 2010-2015.
- Suivi des recommandations du rapport d'évaluation régionale de l'implantation du service de suivi étroit pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé en recueillant par sondage les besoins et commentaires des intervenants attitrés à ce suivi dans les huit CSSS.
- Planification d'une activité pour souligner le dépassement du cap de 1 000 sentinelles en prévention du suicide dans chacun des deux sous-territoires (est-ouest) de la région.
- Suivi annuel aux recommandations relatives à l'analyse du programme de réseaux de sentinelles du MSSS.
- Tenue d'une rencontre régionale annuelle réunissant les huit relayeurs locaux des CSSS, responsables de l'actualisation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide et autres acteurs concernés pour les soutenir dans l'actualisation de leur plan d'action local.
- Tenue d'une journée régionale « Suicide et Aînés » le 25 septembre 2013, avec identification de sept cibles de travail.
- Formation d'un comité clinique au Centre de détention de Rimouski composé de gestionnaires et d'intervenants du CSSS de Rimouski-Neigette et du Centre de détention.
- Suivi à l'analyse des rapports des coroners concernant les suicides au Bas-Saint-Laurent sur une base annuelle, dans le but de cibler des pistes d'action.
- Identification de pistes d'action afin de favoriser un meilleur arrimage entre les activités de la Sûreté du Québec et celles de postvention des centres de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent.
- Tenue d'activités de sensibilisation au suicide en milieu agricole par l'implication de l'Union des producteurs agricoles, du Centre d'expertise en production ovine du Québec et lors du colloque en gestion agricole.
- Identification de stratégies pour rejoindre les hommes en situation de ruptures amoureuses ou d'autres pertes.

Principaux enjeux

- Maintien de l'expertise des intervenants formés pour l'utilisation de la grille d'estimation de la dangerosité sans la tenue d'activités de coaching sur une base continue.
- Formation du personnel infirmier à l'urgence et des médecins de famille en matière de détection des personnes présentant des idéations suicidaires ou des comportements suicidaires, ainsi qu'en matière de dépistage de la dépression.
- Actualisation des priorités régionales et locales découlant des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide.

LES BONS COUPS À SOULIGNER

Kiosque de sensibilisation, d'information et de dépistage d'infections transmises sexuellement (ITS) *« Je passe le test »*

Le Bas-Saint-Laurent et le Québec connaissent une hausse du nombre d'ITS, principalement auprès des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Souvent asymptomatiques, elles peuvent entraîner des complications graves. Afin de prévenir et de dépister ces infections, la Direction de santé publique (DSP) du Bas-Saint-Laurent a introduit un projet développé par la DSP de Laval. Le matériel déjà créé et les interventions déjà éprouvées, le projet s'est mis en place facilement et les intervenants, principalement les infirmières scolaires, l'utilisent dans les écoles secondaires, de formation professionnelle, d'éducation aux adultes et collégiales de la région.

Le projet prenant la forme d'un kiosque de sensibilisation, d'information et de dépistage, animé par une infirmière scolaire, est une stratégie de prévention des ITS efficace. Elle permet de rejoindre un grand nombre d'étudiants à risque en peu de temps, à peu de frais, et ce, tout en nécessitant peu de ressources humaines. De plus, grâce à cette intervention de proximité, l'infirmière scolaire se fait connaître, fait la promotion de la santé sexuelle chez les jeunes et favorise le dépistage et la prévention des ITS.

Prévention des maladies infectieuses

Au cours de la dernière année, le Guide en maladies infectieuses en milieu scolaire a été mis à jour et rendu disponible sur le site Internet de l'Agence. De plus, trois ordonnances collectives en lien avec les ITSS et portant sur l'initiation des mesures diagnostiques chez les personnes symptomatiques, le traitement de la chlamydia et de la gonorrhée chez le cas index et le traitement de la chlamydia et de la gonorrhée chez les partenaires ont été mises en place dans les huit territoires de CSSS, ainsi qu'une règle de soins infirmiers encadrant ces pratiques.

3.2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

3.2.1 L'accès aux services médicaux de première ligne

Le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique 2014, adopté le 22 janvier 2014 par les membres du conseil d'administration de l'Agence, présentait un rehaussement autorisé de 15 postes, lesquels ont été répartis entre les MRC sur la base de l'indice intrarégional d'équité qui reflète l'atteinte des besoins reconnus dans chaque territoire. Les postes ont été attribués comme suit :

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent

MRC	Rehaussement autorisé
Kamouraska	1
Rivière-du-Loup	3
Témiscouata	2
Les Basques	1
Rimouski-Neigette	3
La Mitis	1
La Matapédia	1
La Matanie	3
TOTAL	**15**

Au 30 novembre 2013, 250 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent, soit 9 de plus que l'année précédente. Au total, 16 arrivées et 7 départs sont survenus en cours d'année. À la même date, le taux d'atteinte des besoins reconnus en omnipratique variait de 77 % à 93 %, pour un taux moyen de 86 % à l'échelle régionale. Dix-huit arrivées et cinq départs ont été annoncés pour l'année 2014.

À la suite des départs massifs qu'a connus la région en 2012, le Département régional de médecine générale (DRMG) a poursuivi ses réflexions afin de développer des stratégies visant à soutenir le recrutement et favoriser le maintien des effectifs médicaux, particulièrement dans les territoires les plus en souffrance de la région.

GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

Les dix groupes de médecine de famille du Bas-Saint-Laurent comptent 114 634 inscriptions, dont 47 300 sont des personnes avec une condition de santé vulnérable. De fait, avec 153 médecins partenaires, 57 % de la population régionale totale et 44,26 % des clientèles vulnérables sont inscrites en GMF. Pour l'ensemble des 235 médecins avec inscriptions de la région, on compte près de 158 142 inscriptions totales, dont 69 043 vulnérables, ce qui correspond à près de 78,6 % de la population du Bas-Saint-Laurent et 43,66 % de personnes vulnérables qui ont accès à un médecin de famille.

Depuis 2012, la Table de concertation régionale GMF a donné un mandat formel à l'Agence pour que soit lancée une démarche régionale d'analyse des dossiers médicaux électroniques afin d'adopter et de soutenir le déploiement d'un dossier médical électronique (DMÉ) régional. Un comité consultatif formé de cliniciens, d'adjointes administratives et de représentants de l'Agence a piloté le processus d'évaluation et de négociation avec la compagnie du DMÉ qui a été retenue. Le déploiement d'un DMÉ régional est prévu l'automne prochain auprès de la majorité des GMF et possiblement de certains cabinets privés de médecins de la région.

En cours d'année, trois GMF ont procédé à leur renouvellement d'accréditation, soit les GMF de La Mitis, de La Matapédia et de Témiscouata. Par ailleurs, le Département régional de médecine générale a procédé aux renouvellements trisannuels du GMF de Kamouraska. Le processus est en voie de finalisation. Il est à noter que les GMF du Fleuve et du Grand-Portage se sont conformés à leur entente de service, ce qui leur a permis d'obtenir des ressources professionnelles supplémentaires.

GUICHET D'ACCÈS POUR LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

La région compte un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille dans chacun des huit CSSS. En date de février 2014, près de 10 500 patients orphelins sont en attente de référence à un médecin de famille. Les départs de trois médecins dans la région au cours de la dernière année ont eu des impacts, surtout pour le RLS de Rivière-du-Loup. Deux autres départs sont prévus d'ici l'été 2014 aux Basques et à Matane, ce dernier étant un transfert intrarégional vers Rivière-du-Loup.

La Table des coordonnateurs médicaux et des gestionnaires responsables des guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) a amorcé une réflexion concernant un plan de relève en vue des départs à la retraite des prochaines années.

Actuellement, l'Agence soutient le CSSS de Rivière-du-Loup et les GMF dans la mise sur pied d'une clinique de transition qui devrait permettre d'amortir la crise sur une période de 18 mois, en attendant de recruter de nouveaux médecins et, surtout, de revoir la collaboration médecin/infirmière et l'optimisation de la pratique.

INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE 1RE LIGNE

La région du Bas-Saint-Laurent recevra dix postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne (IPSPL) d'ici 2017. Actuellement, cinq postes IPSPL sur huit sont actuellement occupés, en raison de difficultés de recrutement.

Voici leur répartition au 31 mars 2014 :
- Un poste au CSSS de Matane;
- Un poste au CSSS de La Mitis;
- Un poste au CSSS de La Matapédia;
- Deux postes au CSSS de Témiscouata (un poste vacant);
- Un poste au CSSS de Rivière-du-Loup;
- Un poste au CSSS de Rimouski-Neigette (vacant);
- Un poste au CSSS des Basques (vacant).

L'ajout de deux postes est prévu en 2014. Les établissements suivants ont réussi à recruter :
- Un poste au CSSS de Rivière-du-Loup;
- Un poste au CSSS de La Matapédia.

Une rencontre des IPSPL, des directeurs de soins infirmiers et des directeurs de services professionnels concernés a eu lieu afin de partager les enjeux, les difficultés et les stratégies qui facilitent l'intégration des IPS dans les équipes de 1re ligne de la région.

3.2.2 Le Service régional Info-Santé et Info-Social

LE SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ ET INFO-SOCIAL (SRISIS) DU BAS-SAINT-LAURENT

Portrait statistique 2013-2014

Description	Info-Santé	% Volet Santé	Info-Social	% Volet Social	% SRISIS
Total de l'offre d'appels	77 845	-	3 058	-	-
Total des appels répondus	69 138	88,81 %	2 346	76,71 %	84,85 %
Pourcentage de perte d'appels	-	15,4 %	-	23,25 %	15,03 %
Délai moyen d'attente avant d'être répondu	2,54 minutes	-	1,22 minute	-	-
Durée moyenne des appels	13,81 minutes	-	34,73 minutes	-	-
Normes provinciales pour la durée des appels	15-16 minutes	-	25 minutes	-	-

Info-Social

Depuis le 10 novembre 2013, le volet social du Service régional Info-Santé et Info-Social du Bas-Saint-Laurent est offert 24/7 à la population du Bas-Saint-Laurent. Avant cette date, le service offrait une couverture partielle, soir, nuit et fin de semaine, avec des effectifs minimaux. Des travaux régionaux et locaux ont été entrepris afin d'assurer une réelle intégration et complémentarité du service Info-Social dans l'offre de services sociaux généraux des CSSS. Pour ce faire, un comité d'implantation et un comité clinico-administratif ont débuté leurs activités. Cela a permis, entre autres, de développer une entente de service qui a été signée entre le SRISIS et les CSSS de la région. Une campagne promotionnelle a également été mise en place afin de faire connaître cette nouvelle offre de service dans la région.

Le service Info-Social assure également une réponse adaptée aux proches aidants d'aînés. Une entente de service entre le CSSS de La Mitis, l'Agence et l'Appui Bas-Saint-Laurent a été signée afin de permettre une intégration de ce volet dans la réponse téléphonique. Compte tenu de l'importance de simplifier et de faire converger les voies d'accès au soutien des personnes concernées, et considérant les ressources humaines et financières en cause, l'intégration du service dédié aux proches aidants d'aînés au service Info-Social représente une avenue avantageuse pour notre population et pour nos organisations.

Répertoire de ressources en santé et services sociaux

Ce répertoire est un bottin informatisé composé de plus de 30 000 ressources de l'ensemble des régions du Québec. Il s'avère un outil indispensable pour le personnel qui exerce au Service régional Info-Santé et Info-Social, afin qu'il puisse avoir accès à des informations à jour, et ainsi, orienter la clientèle à la ressource de son milieu qui peut répondre à son besoin. Une mise à jour des ressources est assurée par un réseau de répondantes locales, basées dans chacun des CSSS. Celles-ci sont soutenues par une pilote régionale du SRISIS du CSSS de La Mitis, qui assure le soutien et la validité des données du répertoire pour l'ensemble de la région. En 2013-2014, la région a une moyenne de mise à jour de près de 99 %, ce qui est au-dessus de la cible du MSSS (95 %).

3.2.3 Les services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer

MALADIES CHRONIQUES

L'Agence continue d'assurer un accompagnement et un suivi auprès des CSSS afin de maintenir l'accès et la qualité des services offerts. Les clientèles ayant accès aux services des professionnels des équipes maladies chroniques demeurent les mêmes, soit diabète, maladies cardiovasculaires, MPOC, asthme, insuffisance cardiaque, clientèle à risque (syndrome métabolique, intolérance au glucose, haut risque sur l'échelle de Framingham). La révision du rôle des infirmières en maladies chroniques, le développement d'outils de gestion permettant un meilleur suivi des clientèles desservies, ainsi que la poursuite de formations aux cliniciens sur l'autogestion des usagers suivis en maladies chroniques sont les principaux éléments sur lesquels nous travaillons pour éviter les silos en 1re ligne et maintenir un accès à cette clientèle en croissance.

En ce qui concerne le nombre d'usagers ayant bénéficié des services offerts par les professionnels des équipes en maladies chroniques pour 2013-2014, notons les 4 896 nouveaux cas en maladies chroniques rencontrés pour l'ensemble des 8 CSSS. De ce nombre, il y a eu 1 846 nouveaux cas en diabète. Les professionnels des équipes en maladies chroniques, que ce soit les infirmières, les nutritionnistes, les kinésiologues ou les autres professionnels, ont rencontré 17 221 usagers aux prises avec différentes maladies chroniques lors de la dernière année.

ONCOLOGIE

Dans le cadre du plan directeur et du plan d'action du programme de cancérologie du MSSS, « Ensemble en réseau, pour vaincre le cancer », l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, en collaboration avec l'Agence de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, a mis sur pied une gouverne interrégionale en cancérologie. Son mandat est d'animer le réseau interrégional de cancérologie, d'assurer la coordination et la concertation régionale, d'évaluer la performance clinique et administrative, de faciliter un accès rapide aux traitements et d'assurer l'atteinte des standards du réseau de cancérologie du Québec.

Dans la foulée des travaux permettant la mise en place de ce réseau interrégional, soulignons la désignation du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette à titre de Centre régional de cancérologie de l'Est-du-Québec, ainsi que Centre affilié pour le traitement du cancer du poumon. Ces désignations favoriseront une meilleure prise en charge des patients et contribueront à améliorer la qualité des services en misant notamment sur le développement des compétences et le maintien d'activités oncologiques de pointe dans notre région.

En cours d'année, des efforts particuliers ont été déployés afin d'augmenter le taux de rétention de la clientèle en radio-oncologie et de rapatrier au Centre régional de

cancérologie de l'Est-du-Québec une clientèle qui, auparavant, était traitée à l'extérieur de notre région. Un corridor de service avec le CHU de Québec a été convenu afin de faciliter le retour de cette clientèle dans sa région d'origine et des actions ont été réalisées visant la sensibilisation des médecins-référents à cette problématique. Ces démarches ont permis de diminuer de près de 18 % la fuite de cette clientèle.

3.2.4 Les services aux jeunes en difficulté

Faits saillants

- **Programme d'intervention en négligence :**
  - Déploiement du Programme d'intervention en négligence l'EnTrain dans 7 territoires de CSSS;
  - Poursuite de la mise en œuvre du volet parent-soutien sur le territoire du CSSS de La Matapédia.

- **Mesures de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 :**
  - Poursuite du Programme de qualification des jeunes permettant l'accompagnement de 40 jeunes;
  - Maintien de l'équipe de 2e niveau multidisciplinaire en santé mentale et en prévention du suicide au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent;
  - Maintien du Programme d'intervention spécifique en toxicomanie offert aux jeunes en Centre jeunesse.

- **Initiative AIDES (action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) :**
  - Participation du CSSS de La Matapédia, du CSSS des Basques et du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent à la recherche sur le partenariat avec l'équipe de recherche universitaire;
  - Adhésion de tous les CSSS du Bas-Saint-Laurent à la démarche portant sur l'action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (Initiative AIDES);
  - Collaboration avec l'équipe de recherche universitaire.

- **Offre de formation du Programme-service Jeunes en difficulté :**
  - Portrait des besoins futurs des établissements, étant donné le transfert des responsabilités des formations du MSSS aux agences;
  - Formatrice régionale en préparation à cet ajustement;
  - Rédaction des demandes de financement pour les formations du Programme-service Jeunes en difficulté au MSSS dans le cadre du transfert des responsabilités de formation vers les agences.

- **Entente multisectorielle :**
  - Poursuite des travaux d'amélioration de la concertation entre le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, la Sûreté du Québec et les procureurs aux poursuites criminelles et pénales lors du déclenchement de l'entente multisectorielle dans les cas d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins, portant atteinte à la sécurité et à la santé des enfants;
  - Rédaction d'un guide de la procédure encadrant le déclenchement de l'entente pour le Bas-Saint-Laurent en préparation à la formation sur l'entente multisectorielle éventuellement offerte. Création d'un mécanisme d'évaluation des références du Centre jeunesse aux cliniques pédiatriques de protection de l'enfance afin de promouvoir une meilleure utilisation de cette ressource unique au Bas-Saint-Laurent.

- **Projet de vie :**
  - Activité de mise à niveau sur le projet de vie dispensée par visioconférence aux intervenants des CSSS par les formateurs du Centre jeunesse.

- **Entente de complémentarité des services entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux :**
  - Présentation du cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes aux deux réseaux;
  - Finaliser le manuel de référence sur les plans de service individualisés et intersectoriels afin de préparer le déploiement d'une activité régionale d'appropriation (formation, coaching, etc.).

- **Projet d'intégration des équipes du CSSS des Basques et du point de service du Centre jeunesse :**
  - Mise sur pied d'un comité de pilotage qui a effectué les travaux de préparation à l'intégration complète des deux équipes du territoire des Basques. L'équipe intégrée sera active le 1er avril 2014 dans le but de produire une première ligne forte capable de répondre

aux besoins de la communauté en offrant des services de proximité;
- Travaux de rédaction menant à l'obtention d'un projet d'organisation du travail pour contrer la réduction de la main-d'œuvre indépendante et des heures supplémentaires.

- **Langage 0-5 ans :**
  - À la suite des travaux du chantier langage pour les enfants 0-5 ans présentant des retards et des troubles de langage, la formule de travail en tandem éducateur spécialisé/orthophoniste a été retenue et entérinée par le Forum régional de coordination des directeurs généraux des établissements afin de réduire le temps d'attente, résoudre le problème de pénurie d'orthophonistes en région, actualiser dans ce domaine les principes de la hiérarchisation des services et du projet de loi nº 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé;
  - Une formation régionale est en préparation afin d'accompagner autant les orthophonistes que les éducateurs spécialisés dans ce changement de pratique.

- **Analyse régionale des données Jeunes en difficulté (JED) :**
  - Préparation d'une analyse régionale pour le MSSS sur la variation du nombre de demandes de service aux jeunes en difficulté et la variation des signalements en protection de la jeunesse du Bas-Saint-Laurent, de 2009 à 2013.

Perspectives

- Consolider le déploiement du Programme en négligence l'EnTrain pour la région et explorer les possibilités de développement du volet Parent-Soutien dans les territoires les plus avancés.
- Envisager une évaluation d'impacts de programme, particulièrement dans les territoires les plus avancés.
- Consolider le déploiement de l'Initiative AIDES dans les deux territoires visés et en Centre jeunesse.
- Nourrir l'adhésion des autres territoires et préparer la formation régionale AIDES avec l'équipe de recherche.
- Offrir des activités de sensibilisation, d'information ou de formation dans un premier temps aux procureurs, policiers et intervenants des centres jeunesse. Dans un deuxième temps, offrir des activités de sensibilisation et d'information aux partenaires de l'application de l'entente multisectorielle, soit les services de garde, les centres de la petite enfance, les milieux scolaires et les municipalités.
- Actualiser le déploiement des activités régionales de soutien sur les plans de services individualisés (PSI) destinés au personnel du réseau de l'éducation et du personnel du réseau de la santé et des services sociaux.
- Réduire le temps d'attente pour les services en orthophonie pour les 0-5 ans en transformant la pratique.
- Selon l'évaluation, envisager le début des travaux pour des cliniques neurodéveloppementales.
- Améliorer le soutien à la 1re et la 2e ligne en matière de troubles graves du comportement chez les jeunes en grande difficulté.
- Poursuivre les travaux du nouveau modèle de gouvernance en jeunesse.
- Améliorer la saisie des données dans le I-CLSC pour le profil JED.
- Revoir les fonctionnalités du comité régional MSSS-MELS;
- Poursuivre le déploiement d'Initiative AIDES dans les deux territoires pilotes et débuter la formation auprès des autres.
- Analyser les besoins et les services disponibles au plan de la motricité globale et fine chez les enfants de 0 à 5 ans lorsque les travaux en langage seront consolidés.
- Réaliser une trajectoire de services en orthophonie pour la clientèle enfants de 5 à 7 ans afin de s'assurer un service avant l'entrée à l'école ou lors des premières années de scolarisation.

3.2.5 Les services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendances

SANTÉ MENTALE

Faits saillants

- Publication du rapport récapitulatif de l'avancement des mesures du Plan d'action en santé mentale 2010-2015, incluant les cibles énoncées dans les ententes de gestion.
- Investissement de 316 747 $ pour 2 organismes communautaires en santé mentale à vocation régionale et 8 milieux de vie en santé mentale pour consolider les services.
- Poursuite de la mise en place de mécanismes d'accès et de liaison, des trajectoires de services et de différentes procédures en santé mentale pour assurer le « reaching out » et le suivi des personnes (comité réunissant les CSSS, des représentants de personnes utilisatrices et l'Agence).
- Production biannuelle d'une analyse de besoins des équipes de 1re ligne en santé mentale au plan clinique par le Centre national d'expertise en santé mentale (CNESM), de concert avec l'Agence (Suivi intensif – Soutien d'intensité variable).
- Actualisation des services d'aide, d'entraide et de groupe pour les parents et les proches ayant un jeune aux prises avec une problématique de santé mentale, incluant les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) offerts par la Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent.
- Lancement du chantier en suivi systématique des clientèles en santé mentale et tenue de rencontres du comité stratégique.

Perspectives

- Assurer une connaissance continue de l'offre de service des CSSS et des organismes communautaires en santé mentale auprès des principaux partenaires et de la population.
- Consolider les ressources et assurer l'efficience des services de première ligne en santé mentale.
- Assurer un fonctionnement optimal des mécanismes d'accès, de liaison et de référence entre les différents acteurs de première ligne et les services spécialisés.
- Améliorer les mécanismes d'information, de communication et de collaboration entre les différents acteurs en santé mentale.
- Améliorer l'accessibilité aux services médicaux généraux, psychosociaux, de suivi dans la communauté et psychiatriques pour respecter les délais prescrits et ainsi diminuer les listes d'attente.
- Améliorer la gamme de services résidentiels pour la clientèle en santé mentale ainsi que celle aux prises avec des problématiques associées.
- Rendre accessible le développement d'expertise en santé mentale par des activités de formation et de coaching.
- Consolider, au plan régional, la fonction de psychiatre et de pédopsychiatre répondant aux besoins des omnipraticiens et des équipes de 1re ligne.
- Rendre disponibles des activités portant sur la promotion de la santé mentale, de la prévention des troubles mentaux et sur les préjugés et la stigmatisation.

DÉPENDANCE

Faits saillants

- Soutien dans la mise en place du Mécanisme d'accès et trajectoire de services en dépendance au plan local (accompagnement tant dans la compréhension des orientations que dans l'opérationnalisation des trajectoires de services), dans une perspective de transversalité.
- Favoriser l'arrimage entre le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent et les services de psychiatrie de la région afin d'améliorer l'offre de service pour la clientèle souffrant de comorbidité (par exemple : rapprochement des équipes terrain, mise en place de PSI pour la clientèle commune, mise en place de groupes motivationnels pour les personnes ayant des troubles concomitants [troubles psychotiques et troubles de dépendance], mise en place d'un groupe de sensibilisation aux dépendances à l'une des unités de soins de courte durée de psychiatrie).

- Déploiement régional de formations, notamment l'Entretien motivationnel de base et les Traitements de substitution pour la clientèle dépendante aux opiacés, afin d'assurer le maintien et le développement des compétences spécialisées.
- Mise en place de nouveaux centres d'accès au matériel d'injection dans la région pour améliorer l'accès à ce service gratuit.
- Mise en place d'une structure de concertation clinique au sein du Centre de détention du Bas-St-Laurent afin d'assurer un arrimage des services en prévision de la sortie des personnes incarcérées. Cette pratique vise l'amélioration de l'accès et la continuité des services.
- Évaluation et accompagnement continus des organismes communautaires qui œuvrent auprès de la clientèle en dépendance.
- Discussions avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine pour un partenariat financier pour les places en désintoxication utilisées.

Perspectives

- Assurer le suivi et l'accompagnement, au niveau du déploiement des services de première ligne en dépendance dans les CSSS de la région, du Centre de réadaptation en dépendance du Bas-St-Laurent en regard de son offre de service spécialisé.
- Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables et moins.
- Assurer les suites nécessaires à une entente de service formelle avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine pour les services de désintoxication.
- Assurer l'accompagnement et favoriser l'arrimage entre les services de 1re et de 2e ligne en dépendance dans la région et hors région.

3.2.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) – Les services de soutien à domicile

Faits saillants

- Implantation de l'Approche adaptée en milieu hospitalier (AAPA/Optimah) :
  - Tous les CSSS ont maintenant adhéré au déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA), comme demandé par le MSSS;
  - Pour les établissements où des formations ont été développées, la plateforme de formation du Centre d'expertise et de santé de Sherbrooke (CESS) est maintenant utilisée, ce qui assure la pérennité de l'enseignement;
  - Des « coachs » ont été identifiés dans chaque CSSS afin d'offrir le soutien nécessaire pour une bonne compréhension de l'apprentissage (formation CESS);
  - Le Cégep de Rivière-du-Loup bénéficie de la plateforme de formation du CESS dans le cadre du programme de soins infirmiers;
  - Le Centre de formation professionnelle de Rivière-du-Loup est en processus de recevoir des accès pour utiliser les modules de formation pour les infirmières auxiliaires et possiblement les préposés aux bénéficiaires, pour certains des modules. L'établissement évalue aussi la mise en place de la formation *Agir en courte durée*, recommandée par le MSSS pour le déploiement de l'AAPA;
  - Le CSSS de La Mitis a effectué son diagnostic organisationnel en lien avec l'implantation de l'AAPA. Une entente a été conclue avec le MSSS afin de définir les attentes pour une urgence dite mineure qui ferme à 20 h. Le CSSS des Basques commence l'implantation au niveau de son urgence. Dans les deux cas, les préalables à l'implantation ainsi que la Grille Aînée sont requis.

- Tous les CSSS ont rempli la Grille de suivi de l'implantation de l'AAPA et inscrit les résultats dans le système GESTRED.
- Dépôt des Lignes directrices régionales en lien avec l'offre de service aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement :
  - Suivi auprès des CSSS afin d'harmoniser le processus de cheminement des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA);
  - En lien avec le Cadre de référence pour l'hébergement des SAPA, un soutien est offert par l'Agence afin de s'assurer de la bonne gestion des listes d'attente, en considérant « la bonne personne à la bonne place ». Intégration de l'ISO-Smaf dans l'orientation des usagers;
  - Des rencontres ont eu lieu dans chaque CSSS au niveau des responsables des comités d'orientation et d'accès (COA). Une évaluation a été complétée et remise avec recommandations afin d'améliorer le processus d'analyse à l'hébergement à chacun des CSSS.
- Indicateur OSIRSIPA en 2015 : le seuil fixé par le MSSS est de 70 % :

CSSS	Mai 2014
Kamouraska	72,42 %
Rivière-du-Loup	74,26 %
Témiscouata	68,72 %
Les Basques	65,81 %
Rimouski-Neigette	80,14 %
La Mitis	68,32 %
La Matapédia	78,67 %
Matane	67,66 %
Bas-Saint-Laurent	74,78 %

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE (SAD) ET L'OFFRE DE MILIEUX DE VIE DIVERSIFIÉS ET ADAPTÉS AUX BESOINS SPÉCIFIQUES

Faits saillants

- À partir du Cadre de référence des lignes directrices régionales, s'assurer de la bonne intégration du projet de loi nº 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Le concept intégrateur Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG) demande une analyse des différentes ressources humaines touchées par cette organisation de travail, ce qui demande l'application du projet de loi nº 90 pour toute profession touchée par celle-ci. Les CSSS sont en début d'analyse.
- Le SERG a comme objectif d'offrir des services d'évaluation et de réadaptation dans le milieu de vie de l'usager, qu'il soit au domicile ou dans tout autre milieu de transition. Au total, sept CSSS sont impliqués dans un plan d'organisation de travail qui vise à initier le processus du SERG en développant des liens avec les organismes communautaires afin de développer un centre de jour communautaire ainsi que de permettre le transfert des aides à la vie quotidienne simples vers ceux-ci. Une collaboration étroite doit se développer entre ceux-ci afin d'assurer la qualité des services.
- Un cadre de référence pour les organismes communautaires a été rédigé. Par ailleurs, le cadre de référence du concept intégrateur SERG ainsi que le cadre de référence pour l'aide à domicile sont en processus de rédaction afin de soutenir les établissements dans l'organisation des soins.
- Récupération d'heures indirectes en heures directes :
  - Analyse individualisée des CSSS en lien avec les cibles attendues et les heures de prestations de service comptabilisées. Rapport remis à chaque établissement.

• Indicateur du nombre d'heures en SAD longue durée :

CSSS	Cible	Projection ou résultat au 31 mars 2014	Écart projeté avec la cible au 31 mars 2014
Kamouraska	23 425	27 696	+ 4 271
Rivière-du-Loup	53 905	67 361	13 456
Témiscouata	37 078	34 348	- 2 730
Les Basques	18 560	14 003	- 4 557
Rimouski	74 965	77 933	+ 2 968
La Mitis	33 916	26 986	- 6 930
La Matapédia	25 722	27 191	+ 1 469
Matane	45 052	43 095	- 1 957
Total Bas-Saint-Laurent	312 623	318 613	+ 5 990

3.2.7 Les services en soins palliatifs de fin de vie

Faits saillants

- Appel de projets par le MSSS : 2 projets ont été retenus pour le Bas-Saint-Laurent (ACEQ et CSSS de La Matapédia) permettant d'offrir plus de soutien et d'accompagnement aux personnes en fin de vie ainsi qu'à leur famille, pour une somme globale de 202 000 $, dont 27 000 $ récurrents.
- Formation d'un comité d'experts régional en soins palliatifs.

Perspectives

- Avoir des lits dédiés dans chaque territoire de CSSS.
- Dresser un portrait régional des soins palliatifs offert pour chaque CSSS.
- Implanter une plateforme d'échange pour les meilleures pratiques.
- Optimiser le continuum de soins palliatifs à domicile.
- Avoir un programme en soins palliatifs dans chaque CSSS.
- Mettre en place un programme de formation en soins palliatifs.
- Développer un partenariat avec les organismes communautaires pour la mise en place de services à domicile.
- Déposer un cadre de référence régional ainsi qu'un plan d'action.
- Proposer une offre de service bonifiée pour les soins palliatifs à domicile, avec le rehaussement budgétaire à venir.

3.3 Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

3.3.1 Les ressources médicales spécialisées

Faits saillants

En 2013, le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés (PREM) 2012-2015 adopté en 2012 a fait l'objet de quelques modifications depuis son entrée en vigueur, dont une transmise dans l'exercice du présent bilan.

Par rapport au PREM 2013 qui totalisait 237 médecins spécialistes, les derniers ajustements augmentent le PREM 2014-2015 de deux postes au total, pour le porter à 239 en 2014. Ce rehaussement fait donc passer le PREM en spécialité à 243 postes en 2015. Plusieurs postes sont assujettis d'ententes permettant de couvrir d'autres établissements.

De façon plus spécifique, le PREM 2014 diffère du PREM 2013 par les ajouts et le retrait suivants, tous pour le CSSS de Rimouski-Neigette :

- Ajout d'un poste en chirurgie plastique, néphrologie et rhumatologie (un poste par discipline);
- Retrait d'un poste en radio-oncologie pour 2014.

Plusieurs postes sont rattachés à des obligations de services suprarégionaux.

En termes de recrutement pour l'exercice 2013-2014, au début de l'année du PREM 2014, on comptait 206 spécialistes incluant l'arrivée de 15 médecins et le départ de 7.

3.3.2 Les services thérapeutiques et diagnostiques

LABORATOIRES

Faits saillants

Cette année, le MSSS a défini et adopté un nouveau modèle d'organisation des services de biologie médicale. Ce plan d'organisation vise à former une Grappe en regroupant les services des laboratoires du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Ce processus vise l'amélioration de l'accès aux centres de prélèvements ainsi que l'amélioration de la qualité, de la pertinence et de l'efficience des services offerts par les laboratoires de biologie médicale. Une révision des corridors de services locaux, régionaux et suprarégionaux est en cours afin de déterminer s'il y aura maintien, modification ou abandon des services.

Les établissements du Québec procèdent annuellement à une enquête d'accessibilité aux centres de prélèvements. De façon générale, les centres de prélèvements du Bas-Saint-Laurent respectent les normes ministérielles quant au temps d'attente procédurale, lequel doit être inférieur ou égal à 60 minutes, et quant au temps d'attente fixé pour l'obtention d'un rendez-vous, qui ne doit pas dépasser 14 jours.

Pour assurer la qualité des services, les laboratoires du Bas-Saint-Laurent déploient des efforts continus dans le cadre du processus d'agrément des laboratoires. À cet effet, l'Agence poursuit le financement du mandat de la chargée régionale pour l'agrément des laboratoires, qui permet une mise en commun des efforts pour la production de la documentation et assure un soutien continu aux établissements de la région.

Le 31 mars 2014, le MSSS a procédé à l'abolition de la facturation interrégionale pour les services de biologie médicale. Cet exercice a pour but de diminuer les processus administratifs générés par la facturation des services de laboratoires entre établissements.

ACCÈS AUX SERVICES D'URGENCE

Faits saillants

Le nombre de visites aux services d'urgence, sur le territoire du Bas-Saint-Laurent, a subi une légère diminution. La durée moyenne de séjour des patients sur civière se situe à 8,2 heures. Ce résultat est excellent puisque la cible visée pour cet indicateur est de moins de 11 heures.

D'un point de vue régional, les cibles fixées pour les indicateurs reliés à la performance des services d'urgence ont été respectées et les résultats obtenus pour l'année 2013-2014 sont nettement supérieurs à ceux de la moyenne provinciale.

À la demande du MSSS, les établissements de la région du Bas-Saint-Laurent ont effectué une révision de leur plan de désencombrement de l'urgence, en y incluant une notion de surcapacité selon les trois niveaux de désencombrement énoncés dans le Guide de gestion de l'urgence. De plus, les établissements ont dû mettre en place leur plan de gestion en cas d'éclosion d'influenza et de gastro-entérite.

Les urgences des CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup ont été visitées par le Comité ministériel du désencombrement des urgences (CMCDU). À la suite de ces visites, le CMCDU a émis des recommandations devant être mises en place. Chaque établissement a conçu un plan d'action décrivant les mesures à instaurer. Des suivis périodiques ont été effectués par l'équipe de l'Agence et celle du CMCDU tout au long de la réalisation des travaux.

ACCÈS À LA CHIRURGIE

Faits saillants

L'accessibilité à la chirurgie demeure une priorité. La majorité des chirurgies a été réalisée selon les délais d'accès fixés par le MSSS. En effet, 89,4 % des patients ont été opérés à l'intérieur de 6 mois.

Voici un tableau de la durée moyenne d'attente dans la région du Bas-Saint-Laurent pour chaque catégorie de chirurgie pour l'année financière 2013-2014 :

Catégorie de chirurgie	Durée moyenne d'attente en semaines
Hanche	24
Genou	22,8
Cataracte	13,3
Un jour	8,3
Hospitalisation	8,1
Bariatrique	35,8
Moyenne	10,2

Source : SIMASS Rapport 7

Afin de consolider le maintien du bon fonctionnement du mécanisme d'accès aux services spécialisés, l'Agence a octroyé une allocation budgétaire aux établissements. Cette allocation, désormais récurrente, devait être utilisée pour l'épuration et la gestion active des listes d'attente des services spécialisés, ainsi que pour le maintien en place des ressources attitrées à la validation et l'assurance de la qualité des données saisies dans les divers systèmes d'information (SIMASS, GESTRED, MédiVisit) qui en découlent.

ACCÈS À L'IMAGERIE MÉDICALE

Pour le domaine de l'imagerie médicale, les paramètres suivants doivent être respectés :

- Le délai de rendez-vous est de 90 jours;
- Le délai de lecture est de 7 jours;
- Le délai de transcription-relecture-transmission est de 7 jours.

Faits saillants

Cette année, la priorité était d'améliorer l'accessibilité aux examens d'échographie afin de permettre la prise en charge des patients en attente de plus de trois mois. À cet effet, les établissements ont procédé à la mise à jour et à l'épuration de la liste des patients en attente d'un examen d'échographie.

La fiabilité des données du formulaire 526 dans GESTRED est discutable puisque la compilation et la saisie ne sont pas standardisées dans les établissements. Actuellement, le système d'information comporte des lacunes qui rendent inefficace la gestion des listes d'attente. Aucun rehaussement régional du logiciel n'avait été envisagé pour 2013-2014 puisque les paramètres du dossier d'affaires du MSSS pour l'extracteur de données n'étaient pas connus.

ACCÈS AUX SERVICES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Faits saillants

L'accès rapide et organisé aux services diagnostiques fait partie des demandes des médecins de famille pour améliorer le suivi de leur clientèle, notamment en heures défavorables. Lorsque l'évaluation clinique est réalisée et que des examens complémentaires simples sont requis pour sa clientèle, le médecin de famille devrait pouvoir la diriger vers un centre de prélèvements ou un service d'imagerie durant les heures d'ouverture et obtenir les résultats rapidement, sans passer par le processus habituel de l'urgence.

Selon les critères du MSSS, les mécanismes d'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques sont conformes pour les CSSS du Bas-Saint-Laurent. La trajectoire du patient est conforme puisque ce dernier ne chemine pas par le processus usuel de l'urgence. L'accès aux prélèvements ainsi qu'à la graphie simple est disponible lors des plages horaires de consultations médicales. La transmission des résultats ainsi que la procédure sont connues des médecins traitants.

ACCÈS À L'ENDOSCOPIE

Faits saillants

Le CSSS de Rivière-du-Loup est l'un des sites de démonstration pour le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal. La phase I de ce projet se poursuit. Des travaux sont aussi en cours pour l'accès à la coloscopie pour les établissements suivants : CSSS de Témiscouata, de Kamouraska et de Rimouski-Neigette. Ces projets incluent la mise à niveau de l'unité d'endoscopie, l'épuration, la validation et la priorisation des listes d'attente, l'utilisation du formulaire de demande de coloscopie et les algorithmes de prise en charge et de surveillance du programme.

Le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles est maintenant disponible sur le territoire du Bas-Saint-Laurent pour le dépistage opportuniste prescrit par le médecin traitant. Dans une optique de respect des bonnes pratiques, et ce, selon les algorithmes de prise en charge et de surveillance du programme, les demandes de coloscopie de dépistage formulées pour des personnes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques et sans antécédents personnels ou familiaux seront seulement priorisées sur la liste d'attente si un test a été réalisé au préalable et s'il s'avère positif.

3.3.3 Les services spécifiques et les services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience

FINANCEMENT ADDITIONNEL ANTÉRIEUR EN DÉFICIENCE

Reddition de comptes portant sur l'utilisation du 390 968 $.

- Les travaux du chantier langage sont terminés. Le travail en tandem orthophoniste/technicien en éducation spécialisée est préconisé. La somme allouée (113 160 $) servira à bonifier les heures des techniciens en éducation spécialisée en CSSS.
- Au CRDITED, la somme de 33 948 $ a servi à l'embauche d'une troisième orthophoniste à temps complet, ce qui a contribué à réduire la liste d'attente.
- Au CRDP, la somme de 62 238 $ a permis de bonifier les équipes en déficience du langage par l'ajout de techniciens en éducation spécialisée qui travaillent en interdisciplinarité avec les autres professionnels des équipes. Cette mesure jumelée au travail en épisode de services aide à réduire la liste d'attente.
- Répit loisirs autonomie poursuit le service de répit en déficience intellectuelle (DI) et en troubles envahissants du développement (TED), avec la somme de 51 488 $, son offre de service s'agrandit à l'ouest du territoire, de plus s'ajoute le répit en déficience physique dans l'est et l'ouest du territoire.
- Les CSSS ont bonifié les heures de répit à des familles bénéficiant déjà des services de répit en troubles envahissants du développement (TED) ou ont offert du répit à de nouvelles familles avec les nouvelles sommes qu'ils recevront à la fin juin (45 264 $).
- Une trajectoire de services est établie pour la clientèle multiproblématique. La somme obtenue pour les ressources d'hébergement (84 870 $) servira à la mise en place de 6 appartements supervisés répartis sur notre territoire afin de répondre aux besoins spécifiques de la clientèle aux prises avec un trouble grave du comportement ou un trouble très grave du comportement.

Plan d'accès : bilan

- L'implantation du réseau intégré de services en DI-TED pour le volet adaptation-réadaptation a été complétée en novembre 2013. Les huit CSSS ont signé des ententes avec le CRDITED. En déficience physique, une entente a été conclue avec un CSSS et des travaux sont en cours avec les autres. L'objectif est que toutes les ententes soient complétées en décembre 2014.
- Un suivi périodique des délais d'accès est effectué à chaque période avec les gestionnaires d'accès. La cible de 90 % est atteinte par la majorité des CSSS. Au besoin, les correctifs sont apportés avant la période de validation à l'Agence.
- Les nouveaux intervenants et gestionnaires dédiés en déficience sont informés du plan d'accès. Des mécanismes de suivis s'adressant aux directions des CSSS et CR sont mis en place afin de rendre compte de l'avancement des travaux.
- Au CRDP à la période 11 en 2013, 208 personnes figuraient sur la liste d'attente, alors qu'à la même période cette année, le nombre de personnes en attente était de 135.
- Au CRDITED, des travaux sont en cours de manière à améliorer les mécanismes de suivis et le continuum de services. L'amélioration des délais d'accès est une priorité.
- Dans chaque établissement, un intervenant pivot est identifié en début de service. La notion d'intervenant pivot réseau est appelée à être mieux définie.
- Les gestionnaires sont d'accord que l'accent soit mis sur les PSI, lors de transitions ou de transformations importantes dans la vie de la personne ayant une déficience.

Consultations générales

- Il y a eu deux consultations régionales à la demande du MSSS afin de dégager des actions structurantes, une première en DI-TED en janvier 2014 et une seconde en DP en mars 2014. Lors de ces deux consultations, les divers acteurs locaux et régionaux étaient présents (milieu scolaire, organisme communautaire, CPE, OPHQ, COSMOSS, etc.). La volonté de travailler davantage en intersectoriel sous la gouverne locale de RLS est ressortie lors de ces rencontres.

Perspectives

- Les travaux débutés en 2014-2015 dans le but d'améliorer l'accès et la continuité des services de réadaptation spécifique et spécialisée pour les enfants de 0 à 5 ans se poursuivront. Il y aura des ajouts d'heures en éducation spécialisée afin de favoriser le tandem orthophoniste/éducateur spécialisé.
- Des travaux d'opération seront effectués, en complémentarité avec la trajectoire de services multiproblématiques adulte.
- Une trajectoire de services multiproblématiques sera faite pour la clientèle enfant.
- Identification de stratégies ayant pour but la diffusion des données issues du projet novateur visant la transformation des représentations sociales dans le domaine de l'intégration au travail des personnes handicapées.
- Connaître et formaliser un corridor d'accès aux services surspécialisés (3e ligne) pour les clientèles jeunesse, adultes et aînés, ainsi que celles aux prises avec des problématiques multiples, avec troubles graves de comportement.

3.3.4 Les services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Faits saillants

- Mise à jour de l'organisation des services multisectoriels pour les personnes jeunes et adultes ayant commis une infraction criminelle et présentant une problématique de santé mentale avec ou sans troubles concomitants – région du Bas-Saint-Laurent.
- Découlant de l'adoption, par le Forum régional de coordination des établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, des principes directeurs pour guider l'organisation des services résidentiels des adultes présentant des problématiques multiples avec un trouble de comportement, un comité interétablissement a travaillé à l'élaboration de l'organisation régionale de ces services.
- Identification d'un psychiatre responsable du dossier soins et services partagés dans le secteur est dans le but d'actualiser cette offre de service en 2014.

Principaux enjeux

- Maintenir les listes d'attente en deçà des seuils établis pour les services spécifiques (1re ligne) et spécialisés (2e ligne) afin d'assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services en santé mentale selon les délais prescrits.

3.4 La qualité des services et l'innovation

3.4.1 L'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation

VISITES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU MILIEU DE VIE EN CHSLD

Sept installations CHSLD ont été visitées au cours de l'année :

- CSSS de Rimouski-Neigette : Centre d'hébergement de Rimouski;
- CSSS de Rivière-du-Loup : Centre d'hébergement St-Joseph;
- CSSS de Témiscouata : Centres d'hébergement Saint-Louis-du-Ha! Ha!, Squatec et Rivière-Bleue;
- CSSS de Kamouraska : Centres d'hébergement Villa-Maria et D'Anjou.

Les rapports de visites peuvent être consultés sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencebsl.gouv.qc.ca, dans la section Documentation – Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie.

AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Faits saillants

Cinq établissements de la région ont été visités en 2013-2014. Il s'agit du CSSS de Témiscouata, du CSSS de La Matapédia, du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, du CSSS des Basques et du CSSS de Rimouski-Neigette. Ces établissements ont tous été agréés et le CSSS de La Matapédia a été agréé avec mention. Les établissements visités ont réalisé les actions nécessaires à la suite de leur plus récente visite d'agrément en maintenant des activités d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. Notons que la LSSSS établit que la période de validité de l'agrément obtenu par un établissement de santé et de services sociaux est de quatre ans. Au cours de la prochaine année, trois établissements de la région devront renouveler leur processus d'agrément.

Afin de mieux outiller les responsables du dossier Agrément dans les établissements, une formation régionale a eu lieu à l'automne 2013 sur les pratiques organisationnelles requises et les pratiques exemplaires. Cette formation a été donnée par une personne-ressource d'Agrément Canada.

CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

Faits saillants

Au 31 mars 2014, on dénombrait 156 résidences inscrites au Registre des résidences privées pour aînés au Bas-Saint-Laurent, dont la majorité possédait un certificat de conformité. Concernant l'ouverture de nouvelles résidences, l'Agence a délivré dix attestations temporaires en respect des changements introduits à la LSSSS. Cette notion d'attestation temporaire, délivrée sous certaines conditions, donne une année complète à l'exploitant pour obtenir un certificat de conformité. Le Conseil québécois d'agrément a effectué 59 visites de vérification de conformité concernant des résidences en processus de renouvellement, d'achat ou d'ouverture. Également, l'Agence a procédé à 48 visites de soutien aux exploitants.

Dans les suites des modifications au Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité, adoptées le 13 mars 2013, l'Agence a réalisé dix séances d'information sur le sujet aux exploitants sur l'ensemble du territoire. De plus, afin d'actualiser les exigences supplémentaires liées à la formation des préposés et des personnes formant le seuil minimal dans une résidence, huit rencontres d'information ont été tenues en partenariat avec les quatre commissions scolaires de la région à qui sont maintenant confiées l'évaluation des compétences et les formations inscrites aux articles 23 et 34 du Règlement.

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

Le 12 juin 2009 entrait en vigueur la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q., c. R-24.0.2), ainsi que la signature des ententes collectives et nationales avec les différentes associations et les différents organismes représentatifs des ressources intermédiaires et des ressources de type familial. Ceci a entrainé des modifications importantes aux cadres législatifs, règlementaires et administratifs entourant ces ressources, conduisant ainsi l'Agence à exercer ses responsabilités en fonction de ces nouvelles réalités.

L'année 2013-2014 a été importante en ce qui a trait à l'appropriation du contenu de ces documents et à l'implantation des différents mécanismes, procédures et comités qui y sont décrits. L'Agence a joué un rôle de soutien auprès des établissements et des membres du réseau pour assurer la bonne gestion de ces nouvelles façons de faire et a assuré la diffusion de l'information. Des conférences téléphoniques mensuelles ainsi que des rencontres ont réuni les différents acteurs. L'Agence a également poursuivi son rôle de « leader » au sein du Comité expert régional sur l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance pour assurer une standardisation régionale de cet instrument dans sa compréhension et son application par les différents intervenants des établissements de la région.

De plus, le 19 août 2013, le MSSS a fait connaître aux agences le document intitulé Guide des responsabilités des agences de la santé et des services sociaux au regard des ressources intermédiaires et des ressources de type familial. Les agences se sont alors vu accorder un plus grand rôle et des responsabilités nouvelles quant à la coordination des services sur leur territoire, à la reconnaissance des ressources et à la conformité de certaines ententes entre les établissements et les ressources.

Le 19 décembre 2013, le conseil d'administration de l'Agence a adopté la Politique administrative sur la reconnaissance des ressources intermédiaires et des ressources de type familial de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, qui porte notamment sur les éléments suivants :

- Les critères de reconnaissance des ressources, y compris les modalités entourant la dérogation à de tels critères;
- La procédure de reconnaissance;
- Les modalités de suivi du maintien des critères;
- La création de la banque régionale de ressources;
- Les procédures de modification et d'abandon d'une reconnaissance;
- Les motifs de suspension et de révocation d'une reconnaissance et une procédure d'application;
- La création du fichier des ressources reconnues par type de clientèle.

SÉCURITÉ CIVILE

L'année 2013-2014 aura été profondément marquée par un événement majeur qui a mobilisé la mission santé en matière de sécurité civile. Un incendie s'est déclaré dans une résidence privée pour aînés et a fait 32 victimes. Les 22 personnes survivantes ont été prises en charge rapidement par le réseau de la santé et des services sociaux et relocalisées dans des milieux adaptés à leurs besoins.

L'Agence a mis en place son centre de coordination régional en sécurité civile et apporté son soutien au CSSS de Rivière-du-Loup. Cette tragédie a aussi nécessité l'établissement de liens étroits avec de nombreux partenaires, dont le MSSS, le ministère de la Sécurité publique, les partenaires de l'Organisation régionale en sécurité civile, la Croix-Rouge, la municipalité de L'Isle-Verte ainsi que tous les autres établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

En effet, des ressources humaines psychosociales, en provenance des établissements du Bas-Saint-Laurent, sont venues prêter main-forte aux gestionnaires et aux employés du CSSS de Rivière-du-Loup. Cet événement nous a permis de constater l'importance d'être bien préparés pour faire face à de tels événements.

Par ailleurs, au cours de l'année, le déploiement de la valise de garde informatisée s'est poursuivi et l'ensemble des établissements du Bas-Saint-Laurent devrait avoir termine son implantation au cours de 2014-2015.

3.4.2 La qualité et la sécurité des soins et des services

GESTION DES RISQUES

Toutes les mesures prévues dans le cadre du projet de loi nº 113 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux sont en vigueur dans chacun des établissements de la région.

Comme par les années passées, à la demande des établissements de la région, l'Agence a eu recours à l'expertise d'une ressource externe spécialisée dans le domaine afin de soutenir les établissements sur les aspects cliniques, juridiques et organisationnels de la gestion des risques. Cette ressource a été mise à la disposition des établissements de la région afin, notamment, de conseiller les gestionnaires de risques des établissements.

La publication semestrielle du Rapport national des incidents et des accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec nous permet d'avoir un portrait régional des événements qui ont eu lieu dans les établissements de la région. Pour l'année 2013-2014, ce sont 16 350 événements indésirables qui sont survenus dans les établissements de la région du Bas-Saint-Laurent, soit une hausse de près de 14 % par rapport à 2013-2014. De ce nombre, 31 % des rapports de déclaration d'incident ou d'accident concernaient les chutes, alors que 33 % étaient dus à des erreurs entourant la médication.

Malgré le fait que quelques établissements n'ont pas produit à temps leurs données en octobre 2013 pour la publication du rapport de décembre, la quasi-totalité des établissements a respecté le délai pour la période se terminant le 31 mars dernier. Le processus de déclaration d'incidents ou d'accidents est toutefois bien implanté dans les établissements.

En effet, grâce aux déclarations des incidents et des accidents, les établissements sont en mesure de connaître les lacunes et d'apporter les correctifs qui s'imposent. La gestion des risques repose sur une culture qui interpelle toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux, pour laquelle plusieurs mécanismes sont en place afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins et de services.

Au cours de l'année 2013-2014, il y a eu un exercice de refonte du formulaire de déclaration des incidents ou accidents AH-223, qui sera en application à partir du 1er avril 2014. Les établissements ont procédé à la formation de leur personnel en février et mars 2014 afin d'être en mesure de respecter l'échéancier prévu.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Le Bureau du coroner fait enquête afin de déterminer les causes et les circonstances entourant tous les cas de décès obscurs ou violents qui surviennent au Québec. Celui-ci formule par la suite des recommandations visant à éviter la récurrence de ce type d'événement.

Pour l'année 2013-2014, nous avons reçu et traité cinq rapports de coroner, dont quatre concernaient des décès survenus dans la région du Bas-Saint-Laurent. Les causes de décès étaient reliées soit à des séquelles à la suite de chutes chez des personnes âgées, à une autodégradation de la condition physique, à une thromboembolie pulmonaire ou à la dangerosité des lits rabattables horizontaux utilisés en résidences privées pour aînés.

L'Agence s'est assurée que les recommandations des coroners soient prises en considération par les établissements concernés. Un seul dossier est en cours de processus afin de répondre aux recommandations.

3.5 La mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent

CAMPUS CLINIQUE SATELLITE AU CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE

Le projet visant l'implantation d'un campus clinique satellite au CSSS de Rimouski-Neigette a atteint un bon niveau de maturité. Il permet d'offrir aux étudiants de la Faculté de médecine de l'Université Laval l'occasion d'effectuer leur externat au Bas-Saint-Laurent. Pour l'année 2013-2014, ce campus clinique satellite a été en mesure d'accueillir 16 externes. Pour cette même année de référence, près de 580 semaines de stages ont ainsi été dispensées.

Dans la foulée de la mission universitaire d'enseignement confiée au CSSS de Rimouski-Neigette, une étape importante a été réalisée, soit la signature avec l'Université Laval d'un contrat d'affiliation. Cette entente officialisée en novembre 2013 vise à reconnaître et soutenir la contribution significative du CSSS de Rimouski-Neigette à la formation d'étudiants dans diverses disciplines de la santé et des services sociaux. Ainsi, en plus des programmes de formation médicale à l'externat et à la résidence, l'entente permet dorénavant l'accueil de stagiaires dans les disciplines suivantes : ergothérapie, kinésiologie, nutrition, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychologie, service social et sciences infirmières.

UNITÉS DE MÉDECINE FAMILIALE

La région du Bas-Saint-Laurent dispose de deux unités de médecine familiale, au CSSS de Rimouski-Neigette et au CSSS des Basques. Pour l'année 2013-2014, elles ont reçu 28 résidents en médecine de famille, 16 sur le site du CSSS de Rimouski-Neigette et 12 sur celui du CSSS des Basques.

CONSORTIUM INTEREST SANTÉ

Par ailleurs, le Consortium InterEst Santé, formé des agences de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, ainsi que de l'Institut national de santé publique du Québec et de l'UQAR, a été impliqué dans plus d'une quinzaine de projets de recherche et de transfert de connaissances au cours de la dernière année. Ces nombreuses implications l'on conduit à tisser de nouveaux liens avec des chercheurs, gestionnaires et intervenants du réseau de la santé et à réaliser diverses activités en lien avec sa fonction de courtage de connaissance, en région pour les régions. Ce rapport fait état des activités réalisées par l'équipe d'InterEst Santé dans la perspective de permettre aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de bénéficier des connaissances les plus à jour pour améliorer la desserte des communautés rurales, éloignées et isolées du Québec.

3.6 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

LE DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

De manière à répondre aux nombreux enjeux de santé de la population du Bas-Saint-Laurent, l'Agence et le réseau de la santé et des services sociaux placent au cœur de leurs préoccupations une main-d'œuvre en santé, qualifiée et performante. Pour ce faire, une stratégie articulée autour des enjeux d'attraction, de rétention et de performance, soutenue par des activités de concertation avec différents partenaires internes et externes, est déployée.

PLANIFICATION DE MAIN-D'ŒUVRE

L'exercice de planification de main-d'œuvre revêt une grande importance pour notre région considérant les problématiques de main-d'œuvre croissantes depuis quelques années.

Faits saillants

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a élaboré son plan de main-d'œuvre régional selon le cycle de production du MSSS, et ce, à l'aide des plans locaux de main-d'œuvre des établissements de son territoire. Il a été déposé au MSSS le 12 décembre 2013, accompagné d'un plan prévisionnel des effectifs permettant d'établir le surplus ou le manque de personnel actuel, ainsi que le nombre de ressources requises à maintenir pour combler les besoins en personnel pour les trois prochaines années. Cette démarche s'est effectuée pour les douze titres d'emploi identifiés et requis par le MSSS.

Notre analyse démontre une grande difficulté pour les titres d'emploi d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de pharmacien, de physiothérapeute et de psychologue. Notre plan d'attraction et de rétention a permis de dégager plusieurs zones et actions prioritaires aux niveaux local et régional.

- **Programme de bourses de recrutement :** Considérant que certains titres d'emploi se trouvent en situation de vulnérabilité, une deuxième vague de bourses d'études du MSSS a permis de soutenir les établissements de notre région et nous avons octroyé sept nouvelles bourses pour cette période (2013-2014). Ce levier assure la présence de professionnels en ergothérapie, orthophonie, psychologie, psychoéducation et en physiothérapie pour un engagement de trois années à temps complet pour chaque candidat ayant été parrainé par un établissement. Le montant de chacune des bourses s'élève à 15 000 $.

- **Mentorat et externat :** Dans le cadre du plan d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre, l'Agence soutient financièrement les établissements pour l'embauche d'étudiants en soins infirmiers en période estivale et issus d'autres domaines cliniques en période estivale.

Un programme de mentorat et d'externat permet aux étudiants de bénéficier d'un accompagnement professionnel particulier leur permettant de développer leur autonomie et leur confiance en soi, tout en favorisant leur intégration au sein des équipes de travail. Ainsi, l'investissement de 259 478 $ a permis de soutenir 80 candidates à l'exercice de la profession d'infirmière et 35 externes en soins infirmiers. De plus, un autre soutien financier de 85 088 $ dédié aux étudiants des domaines cliniques, professionnels et techniques de la catégorie IV a permis à 18 étudiants stagiaires de vivre une expérience préparatoire au marché du travail.

- **Préceptorat en soins infirmiers :** Dans le cadre du Programme national de soutien clinique – Volet préceptorat, sept CSSS de la région ont élaboré un programme de préceptorat (soutien clinique de 30 minutes par semaine) pour les infirmières et infirmières auxiliaires de moins de deux ans d'expérience, travaillant sur les quarts de travail de jour, de soir et de nuit. Ce programme est une mesure structurante pour relever le défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers et celui-ci est soutenu financièrement (303 000 $) et par un cadre de référence du MSSS.

- **Projets d'organisation du travail :** Pour l'année 2013-2014, plusieurs types de projets d'organisation du travail se sont poursuivis ou ont été initiés, à savoir : un projet visant à diminuer la main-d'œuvre indépendante et les heures supplémentaires, quatre projets qui visent plus spécifiquement la catégorie de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux, un projet pour la pharmacie de trois établissements, quatre projets en CHSLD et trois s'adressant aux établissements ayant des enjeux reliés aux clientèles ayant un trouble grave de comportement.

SERVICE RÉGIONAL EN PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS

Considérant les coûts importants en assurance salaire dans la région, soit 6,15 % de taux d'absentéisme en 2013-2014, nous avons organisé des formations pour les intervenants en santé et sécurité au travail ainsi qu'à tous les gestionnaires sur la gestion médico-administrative des invalidités. De plus, une conseillère régionale en gestion de la présence au travail apportera un soutien aux intervenants des services de santé et sécurité au travail dans la gestion proactive des dossiers d'assurance salaire et de CSST. Les motifs d'absence en assurance salaire, pour la région, se répartissent comme suit :

Motif	Pourcentage
Médecine	21,52 %
Chirurgie	13,15 %
Psychologie	35,5 %
Musculo-squelettique	25,0 %
Oncologie	3,6 %
Autres	1,4 %

ENTREPRISE EN SANTÉ

Le déploiement des activités prévues au plan de mise en œuvre initial de l'Agence s'est poursuivi au cours de l'année. À la suite de la visite de l'auditrice du Bureau de normalisation du Québec, c'est avec fierté que l'Agence s'est vue certifiée Entreprise en santé élite. Dans la poursuite de la démarche, un second sondage de mobilisation a été réalisé au cours de l'automne auprès de l'ensemble des membres du personnel de l'Agence, de même qu'un groupe de discussion parmi les membres du personnel. Ces activités permettront la conception d'un second plan de mise en œuvre au cours de l'année 2014-2015.

FORMATION

- **Formation pour le personnel syndiqué :** Pour le personnel syndiqué, de nombreuses formations découlant du plan de formation national et régional ont été actualisées. À titre d'exemple, la journée annuelle de formation en maladie chronique, la formation à l'entrevue motivationnelle, l'intervention en crise suicidaire selon les bonnes pratiques.

- **Formation pour le personnel d'encadrement :** La formation ACE de l'Université du Québec à Chicoutimi, qui s'adresse majoritairement au personnel-cadre nouvellement en fonction, a été relancée. De plus, le programme régional de coaching s'est poursuivi en mode continu.

3.7 Les systèmes d'information en appui à l'offre de service

3.7.1 L'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques

Faits saillants

En matière d'informatisation, l'année 2013-2014 a permis aux établissements du Bas-Saint-Laurent de poursuivre les efforts d'application des nouvelles règles du Cadre de gestion des ressources informationnelles découlant de l'adoption du projet de loi n° 133 sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, à laquelle toutes les instances gouvernementales sont maintenant assujetties. Pour la région, ce nouveau cadre de travail a permis d'identifier de nombreuses zones de mises en commun et de collaboration entre les établissements en matière de ressources informationnelles.

Ainsi, à l'échelle de la région, les autorisations ministérielles obtenues pour les différents projets déposés ont permis de débuter la mise en œuvre de 34 projets locaux ou régionaux. Par ailleurs, la région était toujours en attente d'une décision du Ministère concernant 26 projets déposés par la région, pour lesquels les analyses n'étaient pas complétées.

Parmi les grands projets structurants autorisés par le Ministère, l'Agence s'est engagée dans la réalisation du Dossier de santé du Québec (DSQ), pour lequel une campagne d'information a été réalisée auprès de la population de la région, ainsi que dans le déploiement du projet dans un premier territoire. Les différentes pharmacies communautaires de la région ont également débuté le processus de branchement et de transfert de données au DSQ.

Par ailleurs, l'Agence a complété un processus d'appel d'offres permettant le choix d'un fournisseur pour implanter un système régional de dictée numérique en imagerie médicale et est intervenue directement dans trois projets d'importance, soit l'index régional, le laboratoire régional, la plateforme d'intégration régionale des résultats, en plus d'apporter une contribution à six projets à portée provinciale.

Parmi les projets à l'étude, il y a lieu de noter les travaux préparatoires pour la mise en place du projet de Dossier client informatisé (DCI), qui a reçu une autorisation du Ministère pour la préparation du plan d'affaires initial, ainsi que l'accompagnement des cabinets de médecins dans leur démarche de renouvellement de leur Dossier médical électronique (DMÉ).

CHAPITRE

04

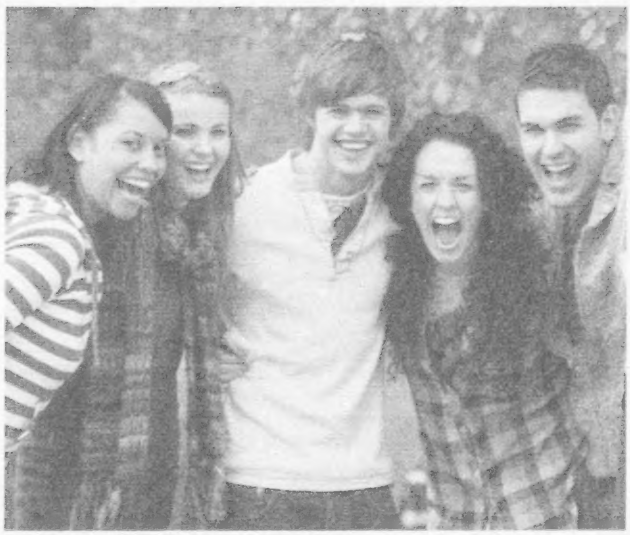
Organismes communautaires

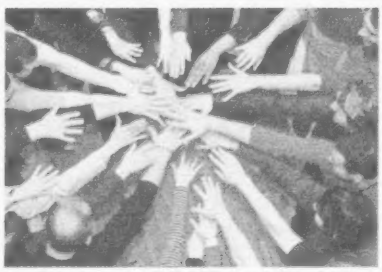
4.1 Le contrôle de la conformité

- Cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), adopté en mars 2014;
- Retenues de versements de la subvention pour un organisme qui ne satisfait pas aux exigences de la convention 2012-2015;
- Intervention pour la non-conformité de certains rapports d'activités 2012-2013;
- Neuf organismes communautaires ont été informés que leurs états financiers présentaient un surplus accumulé non affecté dépassant le 25 % autorisé. Une planification budgétaire a été demandée concernant l'affectation de ces surplus.

Perspectives

- Produire un formulaire de reconnaissance d'admissibilité au financement du Programme de soutien aux organismes communautaires et établir un processus en référence au nouveau cadre de référence (mars 2014);
- Mettre en place un comité de travail bipartite Agence/Mouvement Action Communautaire portant sur les travaux à réaliser pour définir des seuils planchers, en lien avec le cadre de référence régional du programme.





4.2 Le bilan des interventions réalisées

Faits saillants

- Distribution d'un budget de développement de 396 100 $ visant l'augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes aînées en perte d'autonomie à 11 organismes communautaires œuvrant dans le programme SAPA.
- Signature d'ententes visant l'évaluation de la faisabilité et de l'efficience d'un regroupement régional pour la gestion du parc d'équipements de soutien à domicile.
- Signature d'ententes pour desservir la population du Témiscouata et assurer l'accessibilité à des activités de sécurité alimentaire et de dépannage alimentaire.
- Récurrence du projet « Mangez mieux » au bénéfice de 8 organismes communautaires, pour une somme de 67 626 $.
- Récurrence d'un investissement en sécurité alimentaire au bénéfice de 10 organismes, pour un montant de 41 717 $.
- Octroi, par le biais du financement des projets spéciaux, de 126 046 $ à 36 organismes communautaires.
- Investissement de 165 303 $ pour 4 organismes du programme en santé mentale.

Perspectives

- Signature d'ententes visant la mise en place de centres de jour communautaires sur chacun des territoires de MRC.

Faits saillants

- Transfert du processus d'appel d'offres des projets du Cadre de soutien communautaire en logement social, son analyse ainsi que l'évaluation des retombées aux CSSS de chacun des territoires à compter de la prochaine cohorte, soit 2014-2015 et 2015-2016.

Données financières 2013-2014

CHAPITRE 05

5.1 Les résultats financiers de l'Agence

RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

Le rapport financier annuel du 31 mars 2014, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-475 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2014 transmis au Ministère soient identiques. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'agence.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux Normes canadiennes d'audit. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

9 juin 2014	Isabelle Malo	Isabelle Malo
Date	Nom	Signature de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général
9 juin 2014	France Proulx, CPA, CA	
Date	Nom	Signature de la personne désignée
		Directrice des ressources financières et matérielles
		Fonction

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT[5]

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserve.

[5] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique A104996

Fondement de l'opinion avec réserve

Comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de « Fondement de l'opinion avec réserve », les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets, des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'Agence s'est conformée :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables

Mallette s.e.n.c.r.l.

Société de comptables professionnels agréés

Mont-Joli, Canada
Le 9 juin 2014

CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique A104996

Nom de l'agence
Bas-Saint-Laurent

Code
1466-5186

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget de fonctionnement 1	Activités principales		Activités accessoires	
			Exercice courant 2	Exercice précédent 3	Exercice courant 4	Exercice précédent 5
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS						
Budget signifié	01	6 321 095	6 478 525	6 504 671	63 158	64 859
(Diminution) ou augmentation du financement (cf. P.290-1)	02		44 410	175 000		
Variation des revenus reportés - MSSS	03			20 000	21 974	(84 782)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04			1 988		
Total Subventions MSSS (L.01 à L.04)	05	6 321 095	6 522 935	6 701 659	85 132	(19 923)
AUTRES REVENUS						
Revenus de placements	06	10 000	18 160	8 443	27 490	26 523
Revenus de type commercial	07		xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources						
Ventes de services et recouvrements	08	132 500	216 161	95 662	64 841	87 410
Subventions - Gouvernement du Canada	09					
Autres revenus (cf. P.290-2)	10	136 816	149 591	160 741		177 249
TOTAL DES REVENUS (L.05 à L.10)	11	6 600 411	6 906 847	6 966 505	177 463	271 259
CHARGES						
Salaires	12	3 913 149	3 870 180	4 078 381		12 294
Avantages sociaux	13	859 594	1 021 298	898 051		1 514
Charges sociales (cf. P.290-2)	14	549 821	581 855	573 522		1 935
Frais de déplacement et représentation	15	128 610	101 362	131 598	xxxx	xxxx
Services achetés (cf. P.290-3 et 290-4)	16	306 700	367 773	280 737	149 226	217 203
Publicité et communication	17	139 500	171 495	146 563	451	
Loyers	18	507 000	519 352	497 111		
Location d'équipement	19	1 000	1 031	949		
Fournitures de bureau	20	63 400	63 877	61 015	296	8 528
Dépenses de transfert	21					
Entretien et réparations	22		50 508	51 228		
Frais financiers	23					
Créances douteuses	24					
Autres charges	25	79 986	142 256	79 892		956
Charges extraordinaires	26		xxxx	xxxx		
TOTAL DES CHARGES (L.12 à L.26)	27	6 548 760	6 890 987	6 799 047	149 973	242 430
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 - L.27)	28	51 651	15 860	167 458	27 490	28 829
Renseignement à titre informatif						
Contributions de l'avoir-propre (+)	29					
Transferts interfonds - En provenance						
de Fonds affectés (+)	30				xxxx	xxxx
du Fonds des activités régionalisées (+)	31				xxxx	xxxx
du Fonds de stationnement (+)	32					
Transferts interfonds - Affectations						
au Fonds d'immobilisations (-)	33		(93 815)	(141 190)		(2 306)
au Fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	34		xxxx	xxxx		
à d'autres fonds (-)	35					
Surplus (Déficit) après contributions et transferts interfonds (L.28 à L.35)	36	51 651	(77 955)	26 268	27 490	26 523

Nom de l'agence	Code
Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds des activités régionalisées — Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	3 882 559	3 257 960
Variation des revenus reportés - MSSS	02	(7 900)	
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03		
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05	224 720	208 175
Revenus de placements	06	8 994	2 773
Revenus d'autres sources			
Ventes de services et recouvrements	07	802 890	1 143 152
Subventions - Gouvernement du Canada	08		
Autres revenus (cf. P.291)	09	429 844	922 485
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.09)	10	5 341 107	5 534 545
CHARGES			
Salaires	11	1 734 528	1 883 545
Avantages sociaux	12	408 482	355 548
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	91 539	95 550
Charges sociales - autres	14	173 233	199 165
Frais de déplacement et de représentation	15	76 295	66 405
Services achetés (cf. P.291)	16	2 088 856	1 872 013
Publicité et communication	17	55 527	46 883
Loyers	18	160 017	181 321
Dépenses de transfert	19		
Fournitures de bureau	20	25 431	11 035
Entretien et réparations	21	4 412	4 391
Créances douteuses	22		
Autres charges (cf. P.291)	23	2 599	835 590
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.23)	24	4 820 919	5 551 446
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 - L.24)	25	520 188	(16 901)
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir-propre (+)	26		
Transferts interfonds - En provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	27		
du Fonds des activités régionalisées (+)	28		
de Fonds affectés (+)	29	31 763	30 784
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	30		
au Fonds des activités régionalisées (-)	31		
à des Fonds affectés (-)	32		
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(19 946)	(229 923)
Autres transferts interfonds	34		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir-propre et transferts interfonds (L.25 à L.34)	35	532 005	(216 040)

Nom de l'agence	Code
Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	547 117	842 506
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	1 330 512	1 583 047
Autres subventions	03		20 082
Revenus de placements	04		
Gains sur dispositions d'immobilisations	05		
Revenus d'autres sources			
Subventions - Gouvernement du Canada (cf. P.389)	06		
Contributions et dons (cf. P.289)	07		
Autres revenus (cf. P.292)	08	2 578	
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	1 880 207	2 445 635
CHARGES			
Frais financiers			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette (cf. P.366)	10	1 331 028	1 609 167
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12		
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13		
Services achetés (cf. P.292)	14		
Entretien et maintien des actifs	15		
Autres charges non capitalisées (cf. P.292)	16	2 128	34 444
Amortissement des immobilisations	17	808 675	840 657
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18		
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.18)	19	2 141 831	2 484 268
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.19)	20	(261 624)	(38 633)
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions en provenance du			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21	93 815	141 190
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		2 306
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	19 946	229 923
Fonds affectés (+)	25	34 742	1 203
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	27		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions et affectations interfonds (L.20 à L.27)	28	(113 121)	335 989

Nom de l'agence	Code
Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds d'exploitation — Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Activités ① principales 1	Avoir propre 2	Exercice courant (C.1 + C.2) 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	167 458	2 016 227	2 183 685	2 130 894
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	15 860		15 860	167 458
Transferts interfonds - EN provenance					
de Fonds affectés (+) (préciser)	03	xxxx			
du Fonds des activités régionalisées (+) (préciser)	04	xxxx			
du Fonds de stationnement (+) (préciser)	05	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-) ①	06		(93 815)	(93 815)	(141 190)
à d'autres fonds (-) (préciser)	07	xxxx			
ACTIVITÉS ACESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	27 490	27 490	28 829
Transferts interfonds - EN provenance					
du Fonds de stationnement (+)	09	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx			(2 306)
au Fonds de stationnement (c-a 8610) (-)	11	xxxx			
à d'autres fonds (-) (préciser)	12	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS					
Libération de surplus	13	(167 458)	167 458		
Contributions de l'avoir propre aux autres fc (préciser)	14	xxxx			
Autres corrections (cf. page 268)	15				
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	(151 596)	101 133	(50 465)	52 791
Redressements demandés par le MSSS (cf. page 268)	17				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	15 860	2 117 360	2 133 220	2 183 685

Nom de l'agence
Bas-Saint-Laurent

Code
1466-5186

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	401 266	65 277	1 191 189	1 407 229
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(261 624)	(38 633)	520 188	(16 901)
Transferts interfonds - EN provenance					
du Fonds d'exploitation (+) (préciser C.3)	03	93 815	143 496		
du Fonds des activités régionalisées (+ (préciser C.3)	04	19 946	229 923		
de Fonds affectés (+) (préciser C.3)	05	34 742	1 203	31 763	30 784
du Fonds de stationnement (+)	06			xxxx	xxxx
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'exploitation (-) (préciser C.3)	07				
au Fonds des activités régionalisées (-) (préciser C.3)	08				
à des Fonds affectés (-) (préciser C.3)	09				
au Fonds d'immobilisations (-) (préciser C.3)	10	xxxx	xxxx	(19 946)	(229 923)
Autres transferts interfonds (préciser)	11				
Contribution de l'avoir-propre (+)	12				
Autres additions (déductions) (préciser)	13				
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	(113 121)	335 989	532 005	(216 040)
Redressements (préciser)	15				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	288 145	401 266	1 723 194	1 191 189

Nom de l'agence	Code
Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées — Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
Encaisse	01	2 931 727	2 744 161	1 806 320	992 479
Placements temporaires	02				
Débiteurs					
MSSS (cf. P.295 et P.296)	03	53 835	193 660	116 432	719 009
FINESSS	04	xxxx	xxxx		
Établissements publics (cf. P.295 et P.296)	05	50 171	16 583	4 055	180 958
Gouvernement du Canada	06				
Créances interfonds (préciser)	07				
Autres débiteurs (cf. P.295 et P.296-1)	08	35 308	129 447	867 509	35 549
Frais payées d'avance	09			191 600	510
Stocks de fournitures	10				
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	739 283	758 555	109 750	109 750
Autres éléments d'actif (cf. P.295-1 et P.296-1)	12	4 295	7 495	1 293	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	3 814 619	3 849 901	3 096 959	2 038 255
PASSIF					
Découvert bancaire	14			156 451	333 952
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
MSSS (cf. P.295-1 et P.296-1)	17				
Établissements publics (cf. P.295-1 et P.296-2)	18	8 602	65 978	757 548	27 655
Dettes interfonds (préciser)	19				
Salaires courus à payer	20	192 305	195 751	193 046	158 681
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21	19 693	18 334		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.295-2 et 296-2)	22	244 501	231 992	42 810	128 627
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P.221 et 221-1)	23	929 099	886 235	216 010	198 151
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés (cf. P.345, P.346 et P.459)	25	212 469	221 052	7 900	
Dettes à long terme	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments de passif (cf. P.295-2 et P.296-2)	27	74 730	46 874		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	1 681 399	1 666 216	1 373 765	847 066
SOLDE DE FONDS	29	2 133 220	2 183 685	1 723 194	1 191 189
TOTAL - PASSIF ET SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29	30	3 814 619	3 849 901	3 096 959	2 038 255

Nom de l'agence	Code
Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	119 860	136 504
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	11 565 717	13 012 659
Débiteurs			
MSSS (cf. P.360)	04	185 245	227 790
Gouvernement du Canada	05		
Créances interfonds (préciser)	06		
Autres débiteurs (cf. P.297)	07	24 223	173 408
Frais payés d'avance	08		
Immobilisations	09	1 858 912	2 005 549
Subvention à recevoir - réforme comptable (cf. P.360)	10	26 105 651	29 662 309
Frais reportés liés aux dettes	11		
Autres éléments d'actif (cf. P.297)	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	39 859 608	45 218 219
PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires (cf. P.367)	15	11 948 535	13 170 285
Intérêts courus à payer (cf. P.366)	16	185 245	227 791
Créditeurs et autres charges à payer			
MSSS (cf. P.360)	17		
Dettes interfonds (préciser)	18		
Salaires courus à payer	19		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	20		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.297-1)	21		
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P.221-1)	22		
Avances de fonds des agences et des établissements publics	23	144 083	
Revenus reportés - Gouvernement du Canada (cf. P.389)	24		
Autres revenus reportés (cf. P.389)	25		144 083
Passifs environnementaux (cf. P.297-1)	26		
Dettes à long terme (cf. P.367)	27	27 293 600	31 272 216
Autres éléments de passif (cf. P.297-1)	28		2 578
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.28)	29	39 571 463	44 816 953
SOLDE DE FONDS	30	288 145	401 266
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30)	31	39 859 608	45 218 219

Nom de l'agence	Code
Bas-Saint-Laurent	1466-5186
Fonds affectés cumulés	Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	1 774 183	1 534 864
Placements temporaires	02		
Débiteurs			
MSSS (cf. P.294)	03	153 664	565 687
FINESSS	04		
Établissements publics (cf. 294)	05		
Gouvernement du Canada	06		
Créances interfonds (préciser)	07		
Autres débiteurs (cf. 294-1)	08	60 627	97 031
Frais payés d'avance	09		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	1 325	4 741
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif (cf. 294-1)	12	1 816	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	1 991 615	2 202 323

PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
Établissements publics (cf. P.294-1)	17	23 574	17 624
Organismes	18		
Dettes interfonds (préciser)	19		
Salaires courus à payer	20	6 090	34 447
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.294-2)	22	603 176	824 681
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23		1 873
Revenus reportés - MSSS (cf. 559)	24		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada (cf. 559)	25		
Autres revenus reportés (cf. P.559)	26		
Autres éléments de passif (cf. P.294-2)	27		2 705
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	632 840	881 330
SOLDE DE FONDS	29	1 358 775	1 320 993
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	1 991 615	2 202 323

Nom de l'agence	Code
Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	22 388 774	21 360 678
Crédits régionaux	02	40 000	30 000
Variation des revenus reportés - MSSS et FINESSS	03		
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		
FINESSS	05	3 235 199	3 138 432
Revenus de placements	06	32 236	44 961
Revenus d'autres sources			
Subventions Gouvernement du Canada	07		
Autres revenus (cf. P.293)	08	3 725 530	3 600 590
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	29 421 739	28 174 661
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	28 878 466	28 044 122
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	77 955	39 616
Avantages sociaux	14		
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15		
Charges sociales - Autres	16		
Frais de déplacement et de représentation	17	954	
Services achetés (cf. P.293)	18		
Location d'équipement	19		
Fournitures de bureau	20		
Autres charges (cf. P.293)	21	360 077	130 067
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	29 317 452	28 213 805
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.22)	23	104 287	(39 144)

Nom de l'agence	Code
Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 320 993	1 392 124
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	104 287	(39 144)
Transferts interfonds - EN provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	03		
du Fonds des activités régionalisées (+)	04		
de Fonds affectés (+) (préciser)	05		
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	06		
au Fonds des activités régionalisées (-)	07	(31 763)	(30 784)
à d'autres Fonds affectés (-) (préciser)	08		
au Fonds d'immobilisations (-)	09	(34 742)	(1 203)
Autres transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10		
Autres additions (déductions) (préciser)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	37 782	(71 131)
Redressements (préciser)	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 358 775	1 320 993

Nom de l'agence	Code
Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

		Exercice courant 1
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2013-2014 inscrit dans le SYSTÈME SBF-R	01	576 326 135
AFFECTATIONS de l'enveloppe régionale		
Allocations aux établissements	02	525 691 149
Allocations aux organismes communautaires	03	18 582 166
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	855 980
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit au SYSTÈME SBF-R (L. 02 à L.	05	545 129 295
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	06	29 525 013
Autres montants des allocations affectées (préciser)	07	
	08	
	09	
TOTAL - Affections de l'enveloppe régionale (L.05 à L.09)	10	574 654 308
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS AVANT PRÉVISION DES COMPTES À PAYER (L.01 - L.10)	11	1 671 827
COMPTES À PAYER inscrits en fin d'exercice dans le SYSTÈME SBF-R		
Pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser) Note 2.1	12	688 764
Comptes à payer non signifiés	13	
Pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser) Note 2.2	14	309 655
Comptes à payer non signifiés	15	404 298
TOTAL - Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le SYSTÈME SBF-R (L.12 à L.	16	1 402 717
COMPTES À FIN DÉTERMINÉE reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséque	17	269 110
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS (L.11 - L.16 - L.17)	18	

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 – AUDITÉE

NOTE 1 — STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence est constituée en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat de veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

Le siège social de l'Agence est situé à Rimouski. Un point de service est situé à Rivière-du-Loup.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 — PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et de passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels ainsi que sur les montants des revenus et des charges comptabilisés.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir - réforme comptable et le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'agence bénéficiaire a rencontré tous les critères.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'agence bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'agence bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que l'agence bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'agence cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

Salaires

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'Agence, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'elle en est informée et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

Relativement à ces obligations, l'Agence comptabilise une subvention à recevoir du MSSS, le gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2013-2014.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'agence concernée doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci. Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

Avantages sociaux futurs

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisés, au coût lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Instruments financiers devant être évalués à la juste valeur

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens, et par le fait que les données financières de l'Agence sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gains ou de pertes de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

- Le fonds d'immobilisations : regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées et pour les activités de fonds affectés de

l'Agence sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- Le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activités à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

- Les fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

- Le fonds de stationnement (s'il y a lieu) : fonds constitué sous certaines conditions, des revenus nets de stationnement.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucun frais de gestion ne peut être chargé par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales**
  Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

- **Activités accessoires**
  Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

  Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

  Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

  Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

NOTE 3 — DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et que pour le même ensemble d'activités et d'opérations. Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 12 juin 2013.

NOTE 4 — INSTRUMENTS FINANCIERS

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la Loi en ce sens, et par le fait que les données financières de l'Agence sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'Agence ne détenait pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

NOTE 5 — MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), une agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses dépenses.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'Agence a respecté cette obligation légale.

NOTE 6 — EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2014, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 97 111 168 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt aux taux des acceptations bancaires majorés de 0,30 %, soit 1,52 % garantis par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 83 991 534 $ du crédit autorisé n'est pas utilisé au 31 mars 2014. La convention de crédit est renégociable le 30 septembre 2015.

NOTE 7 — OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 8 — CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

5.2 Les allocations des ressources financières aux établissements

BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2013-2014	2012-2013
CSSS de Kamouraska	40 102 558 $	38 205 722 $
CSSS de Rivière-du-Loup	90 023 476 $	87 417 460 $
CSSS de Témiscouata	33 647 316 $	33 195 904 $
CSSS des Basques	14 517 147 $	13 657 580 $
CSSS de Rimouski-Neigette	164 457 178 $	160 781 563 $
CSSS de La Mitis	41 481 926 $	41 165 160 $
CSSS de La Matapédia	35 778 685 $	33 954 688 $
CSSS de Matane	44 010 862 $	42 560 223 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	31 122 677 $	29 760 986 $
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	30 549 324 $	28 951 259 $
TOTAL	**525 691 149 $**	**509 650 545 $**

SURPLUS OU DÉFICITS D'EXPLOITATION DE L'ANNÉE DE CHACUN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2013-2014	2012-2013
CSSS de Kamouraska	395 087 $	262 205 $
CSSS de Rivière-du-Loup	381 099 $	374 561 $
CSSS de Témiscouata	(169 772) $	301 265 $
CSSS des Basques	412 615 $	1 062 525 $
CSSS de Rimouski-Neigette	661 143 $	(508 424) $
CSSS de La Mitis	584 222 $	382 004 $
CSSS de La Matapédia	666 340 $	726 982 $
CSSS de Matane	172 727 $	477 683 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	760 687 $	282 041 $
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	514 849 $	297 016 $
TOTAL	**4 378 997 $**	**3 657 858 $**

OBJECTIFS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Depuis plusieurs années, l'Agence et les établissements de la région se sont entendus pour faire en sorte que ces derniers présentent une situation financière en équilibre à la fin de chaque année. Comme par le passé, l'atteinte de cet objectif a nécessité un suivi serré de la situation financière par chacun des établissements de même que, dans certains cas, un support et un accompagnement personnalisés offerts par l'Agence. Au total, neuf des dix établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire pour l'exercice financier 2013-2014. Le résultat d'exploitation régional s'établit à 4 378 997 $.

5.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires – L'enveloppe régionale de crédits

ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES

ORGANISMES	Enveloppe 2013-2014	Enveloppe 2012-2013
MRC DE KAMOURASKA		
Carrefour des jeunes de La Pocatière	87 663 $	86 282 $
L'Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	44 949 $	44 241 $
Quartier-jeunesse 1995	87 661 $	86 281 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	234 814 $	229 982 $
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	44 949 $	44 241 $
Maison de la famille du Kamouraska	14 303 $	14 078 $
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	193 048 $	150 433 $
Services Kam-Aide inc.	169 322 $	169 734 $
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	113 663 $	112 458 $
Tandem-Jeunesse	286 043 $	281 538 $
Arc-en-ciel du cœur	33 057 $	32 536 $
Moisson Kamouraska	63 510 $	62 057 $
Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	194 780 $	184 803 $
TOTAL - KAMOURASKA	**1 567 762 $**	**1 498 664 $**
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP		
Centre-femmes du Grand-Portage	194 841 $	184 804 $
Les Grands Amis du KRTB	33 057 $	32 536 $
Carrefour d'initiatives populaires de RDL	70 298 $	68 928 $
La Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	101 292 $	80 012 $
Justice alternative du KRTB inc.	160 009 $	178 880 $
La Maison des jeunes de Saint-Épiphane	72 567 $	71 424 $
Association des stomisés du Grand-Portage	10 160 $	10 000 $
Trajectoires hommes du KRTB	203 860 $	185 649 $
Association Multi-défis	64 399 $	63 385 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	365 295 $	347 261 $
Comité d'accompagnement La Source inc.	33 057 $	32 536 $
Ass. québécoise de la dysphasie, région Bas-St-Laurent	36 546 $	35 970 $
Centre prévention suicide du KRTB	168 887 $	168 880 $
ROCASM du Bas du Fleuve	14 172 $	13 949 $
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	124 703 $	122 739 $
La Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	436 707 $	383 738 $

ORGANISMES	Enveloppe 2013-2014	Enveloppe 2012-2013
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP (suite)		
Centre-jeunes de Cacouna	39 919 $	39 290 $
Corporation du comité jeunesse 1997	29 383 $	38 764 $
Centre vacances et apprentissage Loisirs de Saint-Cyprien	- $	15 000 $
Les Diabétiques amis du KRTB	35 373 $	34 816 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	128 533 $	125 210 $
Fond. Maison Desjardins KRTB	360 000 $	360 000 $
TOTAL - RIVIÈRE-DU-LOUP	**2 683 058 $**	**2 593 771 $**
MRC DE TÉMISCOUATA		
Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata	63 454 $	62 455 $
Centre de femmes du Témiscouata	187 762 $	184 805 $
Le Centre de femmes du Ô-Pays	188 003 $	184 806 $
L'Autre-Toit du KRTB	650 580 $	640 272 $
Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	63 396 $	62 398 $
Centre d'action bénévole région Témis inc.	413 083 $	362 097 $
Maison de la famille du Témiscouata	14 063 $	14 592 $
Source d'espoir Témis inc.	116 730 $	114 892 $
Place des jeunes de Squatec	43 583 $	42 897 $
Cuisines collectives de Dégelis	30 972 $	30 502 $
Maison des jeunes Pirana	37 732 $	37 138 $
Maison Entre-Deux de Cabano	37 732 $	37 138 $
Cuisines collectives du Haut-Pays	32 304 $	31 814 $
Service de dépannage alimentaire du Témiscouata	- $	2 915 $
Cuisines collectives de Cabano	42 236 $	27 406 $
Maison des jeunes « La Piôle »	25 777 $	25 371 $
TOTAL - TÉMISCOUATA	**1 947 407 $**	**1 861 498 $**
MRC DES BASQUES		
Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	65 267 $	64 239 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	187 763 $	185 286 $
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	86 073 $	84 718 $
Centre d'action bénévole des Basques inc.	136 154 $	113 973 $
Périscope des Basques	84 987 $	83 649 $
Logis-Aide des Basques	98 583 $	94 553 $
Ressources familles des Basques	3 504 $	3 338 $
Cuisine collective des Basques	27 498 $	27 090 $
TOTAL - LES BASQUES	**689 829 $**	**656 846 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2013-2014	Enveloppe 2012-2013
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE		
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	361 115 $	355 428 $
Centre femmes de Rimouski	187 864 $	184 906 $
Les Grands Amis de Rimouski	42 803 $	42 129 $
Association de la déficience intellectuelle (Région de Rimouski)	33 057 $	32 536 $
Maison des jeunes de Rimouski	110 969 $	109 221 $
Centre d'action bénévole région de Rimouski	287 264 $	213 041 $
La Débrouille	717 338 $	706 041 $
Popote le gourmet roulant inc.	26 695 $	13 904 $
Fonds jeunesse BBR inc.	205 640 $	202 402 $
La Maison des jeunes du Bic	81 292 $	80 012 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	23 929 $	23 552 $
Association canadienne pour la santé mentale, filiale du Bas-du-Fleuve	230 246 $	201 212 $
Le Répit du passant	287 271 $	282 747 $
Association du cancer de l'Est du Québec	401 852 $	395 524 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	266 059 $	261 869 $
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	106 963 $	105 279 $
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	209 044 $	185 649 $
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	40 456 $	49 819 $
La Maison des jeunes de Pointe-au-Père	47 215 $	46 471 $
Coup de main à domicile de Rimouski	203 721 $	240 538 $
Maison des familles de Rimouski-Neigette	13 783 $	13 130 $
Moisson Rimouski-Neigette inc.	60 231 $	65 223 $
Arrimage, Centre de réhabilitation alcoolisme et toxicomanie	314 689 $	309 610 $
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	116 876 $	115 035 $
Mouvement action communautaire Bas-Saint-Laurent	116 786 $	110 518 $
Centre de prévention suicide et intervention de crise du BSL	897 609 $	891 691 $
PLAIDD du Bas-du-Fleuve	197 845 $	85 873 $
La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	252 972 $	198 840 $
M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	105 292 $	93 791 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	65 334 $	64 305 $
Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	42 525 $	41 855 $
Ressource d'aide aux personnes ha. .icapées du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	26 981 $	36 556 $
Aux Trois Mâts	96 346 $	94 829 $
Centre périnatal Entre Deux Vagues	211 308 $	207 980 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	25 037 $	21 690 $
Association autisme et autres TED Est-du-Québec	99 107 $	97 546 $
Association de fibromyalgie BSL	11 989 $	15 816 $
A.Q.E.P.A. BSL	12 870 $	12 667 $
ASPEQ (Ass. soins pall. Est Qc)	420 000 $	430 000 $
Autre organisme	24 230 $	- $
TOTAL - RIMOUSKI-NEIGETTE	**6 982 603 $**	**6 639 235 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2013-2014	Enveloppe 2012-2013
MRC DE LA MITIS		
Centre d'action bénévole de La Mitis	208 976 $	172 677 $
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	61 446 $	60 478 $
La Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	189 183 $	186 204 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	79 527 $	73 813 $
Les Bourgeons de La Mitis	170 394 $	174 640 $
La Maison des tournesols	121 868 $	119 949 $
La Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	271 665 $	283 430 $
Pivot-Famille Mitis	13 733 $	13 517 $
Centre femme de La Mitis	187 760 $	184 803 $
Répit-Loisirs Autonomie	98 288 $	56 462 $
Société canadienne de la sclérose en plaques	18 727 $	18 432 $
Société Parkinson BSL	10 668 $	10 500 $
TOTAL - LA MITIS	**1 432 235 $**	**1 354 905 $**
MRC DE LA MATAPÉDIA		
Les Amirams de la Vallée inc.	62 002 $	61 026 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	165 386 $	131 087 $
La Jeunathèque d'Amqui inc.	104 910 $	103 258 $
La Maison des jeunes de Sayabec	81 292 $	80 012 $
La Maison des jeunes de Causapscal	75 467 $	71 424 $
Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	189 920 $	189 003 $
Grands Amis de la Vallée	31 960 $	31 457 $
Rayon de partage en santé mentale	111 870 $	106 663 $
Aide-Maison Vallée de La Matapédia	150 669 $	124 425 $
Moisson Vallée Matapédia	67 815 $	61 387 $
La Maison des jeunes de Val-Brillant	39 634 $	39 010 $
Centre Éclosion inc.	14 019 $	10 845 $
TOTAL - LA MATAPÉDIA	**1 094 944 $**	**1 009 597 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2013-2014	Enveloppe 2012-2013
MRC DE LA MATANIE		
L'Association des handicapés gaspésiens	61 270 $	44 876 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	169 425 $	129 720 $
La Gigogne inc.	685 508 $	677 587 $
Maison des jeunes de Matane	110 969 $	109 221 $
La Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	53 268 $	52 429 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	187 760 $	184 803 $
Centre régional ADH « Le Tremplin »	282 493 $	277 627 $
Les Grands Amis de la région de Matane	33 057 $	32 536 $
Les Services à domicile de la région de Matane	209 189 $	205 495 $
La Cuisine collective de la région de Matane	47 293 $	46 374 $
ACEF de la Péninsule	- $	30 000 $
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	114 018 $	112 222 $
Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	170 280 $	128 613 $
Relais Santé (Matane)	59 798 $	54 226 $
TOTAL - MATANE	**2 184 328 $**	**2 085 729 $**
SOUS-TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES :	**18 582 166 $**	**17 700 245 $**
MRC AUTRES		
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	52 346 $	50 314 $
TOTAL - MRC AUTRES	**52 346 $**	**50 314 $**
TOTAL GLOBAL :	**18 634 512 $**	**17 750 559 $**
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	**133**	**136**

* Il peut arriver que l'on dénombre moins d'organismes puisque ceux-ci sont classés par siège social et non par programme.

Annexe I
Annexe II

ANNEXES

Annexe I

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

Adopté par le conseil d'administration le 12 mars 2014

PRÉAMBULE

L'administration d'une agence de la santé et des services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des conseils d'administration des agences de la santé et des services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du Code civil du Québec (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence ou, selon le cas, de l'ensemble des agences qu'ils administrent et de la population desservie.

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent s'inscrit dans le cadre de la mission ultime de l'Agence qui consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent, et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les professionnels qui les dispensent. De plus, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent est guidée par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont la collaboration, la cohésion, la cohérence et le respect.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Également, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration de l'Agence.

En effet, ce Code :

1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 397, 397.0.1, 397.0.2 (131, 132.3, 133), 397.1, 397.2, 397.3, 398.1 (150), 400 (154 et 155), 401 à 406, 407 (172, 172.1, 174, 181 à 181.0.0.3, 234 et 235), 197, 198, 199, 200, 201, 408 à 413 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

a) **Administrateur :** un membre du conseil d'administration de l'Agence nommé par le ministre;
b) **Code :** le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration;
c) **Comité de discipline :** le comité de discipline institué par le conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
d) **Comité de gouvernance et d'éthique :** le comité de gouvernance et d'éthique de l'Agence ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
e) **Conflit d'intérêts :** désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
f) **Conjoint :** une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;
g) **Conseil d'administration :** désigne le conseil d'administration de l'Agence;
h) **Entreprise :** toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;
i) **Agence :** désigne l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
j) **Famille immédiate :** aux fins de l'article 397.0.2 (131) (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate du président-directeur général ou d'un cadre supérieur de l'Agence, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
k) **Faute grave :** résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration de l'Agence;
l) **Intérêt :** désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.

m) **Loi :** toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;

n) **Personne indépendante :** tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2, une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Agence;

o) **Proche :** membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;

p) **Renseignements confidentiels :** une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Agence, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Agence ou à l'Agence elle-même. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration de l'Agence, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Agence participe.

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste[6].

3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Agence et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.

3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.

3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Agence.

3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Agence.

3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Agence en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs[7].

Disponibilité et participation active

4.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

[6] ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

[7] AQESSS, *Déontologie et éthique – définitions*, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

Respect

4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

4.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Agence.

Neutralité

4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

4.7 L'administrateur doit placer les intérêts de la région et de l'Agence avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

4.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

4.9 L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

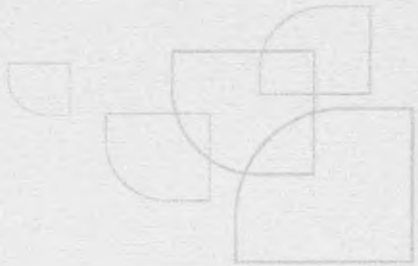
4.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

4.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Agence.

4.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

4.13 L'administrateur respecte la politique de l'Agence sur les relations avec les médias.



Charge publique

4.14 L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

4.15 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Agence

4.16 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Agence.

4.17 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

4.18 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

4.19 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Agence de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

4.20 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

4.21 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

5.1 L'administrateur nommé à titre d'administrateur indépendant doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut.

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Agence ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, **notamment,** constituer des conflits d'intérêts :

a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Agence;
c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Agence;
e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Agence en remplissant le formulaire de l'Annexe II du présent Code.

6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'Agence qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil.

6.6 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

6.7 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration ou, si ce dernier est concerné, au président-directeur général. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander, si nécessaire, l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par un comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet, le cas échéant, son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

7.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

7.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Agence pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

7.5 L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Agence.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Agence a pour fonctions de :

a) Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) Conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

8.3.1 Le conseil d'administration forme, au besoin, un comité de discipline composé de trois (3) membres et d'un membre substitut nommés par et parmi les administrateurs de l'Agence. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.

8.3.2 De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Agence. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

8.3.4 Le comité de discipline a pour fonctions de :

a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
c) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code.

9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.

9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Le comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

9.6 Tout membre du comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

9.7 Le comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

9.9 Le comité de discipline transmet son rapport au conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) Un état des faits reprochés;
b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

9.10 En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

9.11 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

9.12 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur de même que la décision de le relever de ses fonctions doivent être écrites et motivées.

9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

9.14 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Agence, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

10.1 L'Agence doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année, s'il y a lieu, par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration, ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'Agence.

11.2 Révision

11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Agence tous les quatre (4) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent. Cette révision doit également s'appuyer sur la réalisation d'une démarche de réflexion éthique visant l'appropriation des dispositions du Code et des considérations éthiques par les administrateurs.

ANNEXE I
(ARTICLE 8.1.2 DE CE CODE)

Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur du conseil d'administration de l'Agence
Nom de l'administrateur
de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me
Date de l'adoption
déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie
Nom de l'administrateur
des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu

_____	_____
Nom du témoin	Signature du témoin

ANNEXE II
(ARTICLE 6.4 DE CE CODE)

Déclaration des intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur de l'Agence de la santé et des services sociaux du
Nom de l'administrateur
Bas-Saint-Laurent, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____
Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____
Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés.

3. J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu

Annexe II

BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE L'ANNÉE FINANCIÈRE 2013-2014

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2013-2014 de L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent présentent :

- les engagements et les résultats obtenus;
- des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2013-2014.

Afin de présenter un état de situation plus complet, nous avons ajouté quelques indicateurs qui figuraient dans le Chapitre IV de l'entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014 et qui n'apparaissaient pas dans le canevas reçu du Ministère pour la reddition de comptes 2013-2014.

Signé à Rimouski le 29 mai 2014

Nom : Isabelle Malo

Titre : Présidente-directrice générale

DIRECTION GÉNÉRALE : CANCÉROLOGIE		
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Implantation de la phase 1 du PQDCCR	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Le CSSS de Rivière-du-Loup est toujours l'un des sites de démonstration du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). Les travaux se continuent en ce qui concerne la phase 1. Cette phase consiste à assurer l'accès à la coloscopie à toutes les personnes qui requièrent cet examen en fonction des normes cliniques et organisationnelles recommandées, notamment aux personnes à haut risque de cancer colorectal (CCR). Cette phase permet d'améliorer la qualité des services de coloscopie ainsi que l'accessibilité au dépistage.

De plus, le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) est disponible sur le territoire du Bas-Saint-Laurent pour le dépistage opportuniste prescrit par le médecin référent. Dans une optique de respect des bonnes pratiques, et ce, selon les algorithmes de prise en charge et de surveillance du PQDCCR, les demandes de coloscopie de dépistage formulées pour des personnes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques et sans antécédents personnels ou familiaux seront priorisées sur la liste d'attente seulement si un test de RSOSi a été réalisé au préalable et que le test s'est avéré positif. De nombreuses études ont démontré l'efficacité du test RSOSi suivi d'une coloscopie comme examen de confirmation diagnostic pour le dépistage du CCR. Le PQDCCR s'appuie sur ces données probantes et recommande la RSOSi comme modalité de dépistage du CCR. Ce n'est que lorsque le dépistage est positif qu'une coloscopie longue devrait être proposée à la personne. Cet examen permet de visualiser le côlon tout en permettant une approche diagnostique (biopsie) et thérapeutique (polypectomie).

Nom : Anne St-Pierre | **Date :** 31 mars 2014

DIRECTION GÉNÉRALE : COORDINATION, FINANCEMENT, IMMOBILISATIONS ET BUDGET		
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
Plan québécois des infrastructures 2013-2018	N/A	N/A
Approvisionnement en commun	Entente de gestion et d'imputabilité signée	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Mise en œuvre des phases 1 et 2	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Pour la priorité *Plan québécois des infrastructures 2013-2018*, aucune reddition de comptes n'est attendue au MSSS.

Approvisionnement en commun : L'entente a été signée en septembre 2013.

Stratégie québécoise d'économie d'eau potable (SQEEP)

Phase 1 :

La région bas-laurentienne s'est mobilisée pour réaliser prioritairement les critères de performance des groupes A et B identifiés dans le plan de travail du MSSS. Nous sommes la première région ayant déposé son plan d'action au MSSS. Certains critères n'ont pas été atteints, mais les établissements sont conscientisés et œuvrent à l'atteinte des objectifs.

L'Agence s'est assurée que les établissements de son territoire remplissent le formulaire GESTRED aux périodes 6 et 13 pour chacune des installations sous leur responsabilité.

Pour les plans triennaux autorisés par l'Agence, l'intégration de la mention SQEEP aux plans de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI 2013-2014) ainsi qu'aux plans de conservation des équipements médicaux (PCEM 2013-2014) a été réalisée.

Phase 2 :

L'Agence devra soutenir les établissements et assurer le suivi de la réalisation des plans d'action.

Nom : Patricia Assels | **Date :** 9 avril 2014

DIRECTION GÉNÉRALE : PERSONNEL RÉSEAU ET MINISTÉRIEL		
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
Processus de coordination lié aux projets d'optimisation	Tableau présentant les éléments suivants : Stratégie de coordination régionale ou interrégionale; Analyse des besoins et attentes des établissements de sa région; Objectifs régionaux et livrables visés pour 2013-2015; Cartographie des projets de la région; Présentation de l'utilisation des sommes versées par le MSSS; Présentation des investissements régionaux	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation

Commentaires

Le Forum régional de coordination des établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (FRC), composé de l'ensemble des directeurs généraux, est l'instance principale qui traite des dossiers de l'amélioration de la performance. La présidence de ce comité est assurée par la PDG de l'Agence. Au cours de la dernière année, le FRC a été interpellé par le suivi des projets régionaux d'optimisation.

Au niveau de l'Agence, c'est à la Direction des ressources humaines, de la qualité et de la performance que le volet performance et optimisation a été confié en termes de responsabilités.

Divers comités sont actifs actuellement pour la réalisation et l'avancement des projets régionaux d'optimisation :

1. Comité concernant le projet de regroupement de la paie : - Présidence du comité assumée par le directeur général du CSSS de Kamouraska assisté de la directrice des ressources financières et matérielles de l'Agence :

   De façon plus explicite à ce sujet, il y a eu un consensus auprès du Forum régional de coordination des directeurs généraux et un établissement de la région a été désigné pour regrouper les activités de paie. Une chargée de projet a été nommée, des comités de travail (comité de gouvernance, comité de pilotage du projet et comité d'optimisation et d'actualisation du SRP) et des groupes de travail (Patronal/Syndical, communications, opportunités financières et performance, systèmes de technologique de l'information) ont été mis en place afin d'actualiser ce dossier d'optimisation. Nous avons le même fournisseur de paie pour la région (Logibec), ce qui nous a permis d'avancer le processus de regroupement et, pour ce faire, notre chargée de projet a prévu un plan d'intégration en sept phases ainsi qu'un plan de communication et de mise en action de l'information. Le premier bulletin d'information concernant le regroupement des services de paie a été réalisé. Nous avons actuellement 45 % du travail effectué et nous continuons la standardisation sur la paie et sur les horaires de travail. Nous sommes à convenir de protocoles de transfert entre chaque établissement, chaque syndicat, et ce, avec l'établissement receveur. Nous prévoyons actualiser le processus de regroupement par étape et le calendrier prévoit quatre groupes d'établissements qui se joindront au fur et à mesure à l'établissement receveur. Le regroupement débutera en novembre 2014 pour le premier groupe et devrait se terminer au printemps 2015, si les conditions de succès sont remplies.

2. Comité concernant l'optimisation des coûts en assurance-salaire et de la gestion des invalidités - Présidence du comité assumée par le directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance de l'Agence :

   À cet égard, nous avons cherché à optimiser la gestion intégrée de la présence au travail et, pour ce faire, nous avons eu recours à une firme spécialisée pour la formation des intervenants des services de santé de la région sur la gestion des invalidités. Jumelée à cela, nous avons formé également tous les gestionnaires des établissements sur la gestion de présence au travail. Par la suite, il y a eu création d'un poste d'une conseillère régionale en gestion des invalidités. L'uniformisation des processus de gestion et la gestion proactive des dossiers d'assurance salaire et de CSST, combinés à la coordination des expertises médicales, sont autant de processus d'intervention pouvant permettre l'optimisation du volet d'assurance salaire en région.

3. Comité concernant le projet de regroupement des services juridiques - Présidence du comité assumée par la directrice générale du CSSS de Matane;

4. Bureau régional de gouverne des ressources informationnelles pour le suivi des projets nationaux d'optimisation en RI (postes de travail, centres de traitement, courrier électronique, téléphonie IP, visioconférence) - Présidence du comité assumée par le directeur régional des ressources informationnelles de l'Agence;

5. Comité pour la mise en place d'un bureau d'expertise régional en gestion des immobilisations pour la région du Bas-Saint-Laurent - Présidence du comité assumée par un conseiller aux établissements de l'Agence sous la gouverne de la directrice des ressources financières et matérielles;

6. Comité concernant le projet d'optimisation en soutien à domicile (SAD) - Présidence assumée par la directrice des programmes clientèles et des services à la communauté de l'Agence :

Les présidents de chacun de ces comités ont la responsabilité d'effectuer un suivi sur l'état d'avancement de leur projet respectif aux réunions mensuelles du FRC. Un comité interne restreint composé de la PDG, du directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance, de la directrice des ressources financières et matérielles et du conseiller en optimisation a été formé afin de définir et de planifier la mise en place de la stratégie régionale de coordination en amélioration de la performance.

Suite aux rencontres du comité au cours des derniers mois, il se dégage un besoin marqué d'une meilleure concertation des actions en évaluation et en amélioration de la performance au niveau de l'Agence et des établissements. De plus, on constate le besoin de mieux définir les besoins afin de prioriser les projets les plus porteurs. Également, beaucoup de travail reste à faire pour renforcer la culture de la mesure auprès des différents acteurs concernés.

De plus, la personne qui a été affectée à la coordination a participé activement aux rencontres de la Table nationale au MSSS ainsi qu'au sous-comité du groupe de travail sur la reddition de comptes.

L'élaboration de la stratégie régionale se mettra en place au cours de la prochaine année. Nous pensons qu'un échéancier de 18 mois est réaliste pour mener à terme l'ensemble des différentes étapes soutenant la démarche d'implantation. Les principales activités à réaliser se détaillent comme suit :

1 - Sensibiliser le FRC au projet et former un sous-comité de DG et autres gestionnaires du Réseau régional - avril 2014;
2 - Définir la vision de l'Agence et les besoins en matière d'évaluation et d'amélioration de la performance
3 - Établir la stratégie de coordination régionale et interrégionale incluant une analyse des besoins et des attentes des établissements;
4 - Préciser les rôles et les responsabilités en matière d'évaluation et d'amélioration de la performance de chacune des directions et des instances de l'Agence, ainsi que celui du coordonnateur en amélioration de la performance;
5 - Choisir le type d'organisation de gestion du portefeuille de projets;
6 - Élaborer la cartographie des projets de la région : analyse des synergies interétablissements et projection de développement pour soutenir les changements;
7 - Évaluer les expertises disponibles et celles recherchées ou à développer (ex. : expert en Lean organisationnel, expert en gestion de projet, expert en développement de tableaux de bord);
8 - Recenser les projets régionaux dans le répertoire national en fonction des attentes du MSSS – 31 mars 2014;
9 - S'assurer de supporter la mise en œuvre du projet par un plan de communication efficace pour l'ensemble des établissements et des acteurs concernés - en continu tout au long de la démarche.

La fonction de coordination telle que définie et souhaitée par la Table nationale de coordination et de concertation en amélioration de la performance est encore en processus de démarrage dans la région. Les liens avec les instances décisionnelles à cet égard se sont limités pour le moment au comité interne restreint de l'Agence.

Toutefois, l'Agence a mis en place, depuis 2011-2012, une démarche de soutien à l'optimisation supportée par un cadre de gestion spécifique à cet effet. Ce dernier est toujours en vigueur. L'analyse et le suivi des projets ont été faits par le conseiller en optimisation (coordonnateur). Un état de situation de l'ensemble des projets a été réalisé et présenté au FRC. Il est prévu que ce cadre de gestion soit revu en 2014-2015 pour y inclure les orientations, les priorités et les modalités de gestion qui découleront de la stratégie de coordination régionale en matière d'amélioration de la performance.

Il est important de noter que plusieurs projets locaux sont réalisés ou en cours dans les établissements et non listés dans le répertoire national. En se basant seulement sur le nombre de projets listés actuellement dans le répertoire, ce portrait sous-évalue l'ensemble des efforts déployés actuellement dans la région du Bas-Saint-Laurent au niveau de l'amélioration de la performance.

À cet égard, plusieurs projets d'organisation du travail sont en cours, soit 19 projets dont deux interétablissements et un régional. Ces projets touchent l'ensemble des établissements de santé et services sociaux du BSL et prendront fin en mars 2015. Plus de 2 500 000 $ ont été investis dans des projets concernant les projets en main-d'œuvre indépendante, heures supplémentaires, CHSLD, TGC, Catégorie IV et Pharmacie. La révision des processus devrait permettre d'optimiser l'organisation du travail dans ces secteurs d'activités. La cartographie des projets permettra donc de donner un meilleur portrait de l'ensemble de la situation actuelle.

Au niveau du financement octroyé par le MSSS, le budget a été affecté pour rembourser les coûts associés à la fonction de coordination et aux autres dépenses afférentes.

Nom : Gaston Madore et René Lavoie **Date :** 15 avril 2014

DIRECTION GÉNÉRALE : SERVICES SOCIAUX		
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
Optimisation en soutien à domicile	N/A	N/A
Augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes aînées en perte d'autonomie		☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Augmentation du nombre de personnes évaluées ou réévaluées	État de situation des usagers évalués ou réévalués.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
La gestion de cas pour les personnes aînées en soutien à domicile	État de situation sur le nombre de gestionnaires de cas.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées	Rapport sur la mise en place des réseaux de services intégrés.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	État de situation de la planification des composantes.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Stratégie d'action jeunesse 2009-2014	État de situation de la mise en œuvre.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Pour la priorité Optimisation en soutien à domicile, rien ne sera transmis considérant la date qui est le 30 septembre 2014.

Augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes aînées en perte d'autonomie

Les huit Centres d'action bénévole ont été rencontrés à l'automne 2013. Le réinvestissement SAPA à partir d'un budget développement nous a permis de cibler les services suivants :

- Popote roulante
- Transport bénévole
- Soutien civique
- Centre de jour communautaire

Sa répartition :

CAB Matapédia	32 201 $	CAB Témiscouata	39 093 $
CAB Matane	37 630 $	CAB Kamouraska	40 208 $
CAB Mitis	33 536 $	Popote le gourmet	12 569 $
CAB Rimouski	77 926 $	Relais Santé	4 704 $
CAB des Basques	20 358 $	Société Alzheimer	39 609 $
CAB RDL	58 266 $		

Les services consolidés par ce réinvestissement ainsi que l'augmentation du nombre de personnes qui en auront bénéficié seront inscrits dans le rapport annuel des organismes et disponible en juin 2014.

Augmentation du nombre de personnes évaluées ou réévaluées

Tableau de suivi en OEMC usagers du programme services SAPA inscrits au SAD au 31 mars 2014

	2013-2014	2012-2013
CSSS DE KAMOURASKA	69 %	14 %
CSSS DE LA MATAPÉDIA	98 %	12 %
CSSS DE LA MITIS	96 %	15 %
CSSS DE MATANE	92 %	20 %
CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE	74 %	19 %
CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP	62 %	13 %
CSSS DE TÉMISCOUATA	100 %	12 %
CSSS DES BASQUES	100 %	7 %
Total régional	**86 %**	**14 %**

Commentaires

La gestion de cas pour les personnes aînées en soutien à domicile

- La nomination d'un intervenant pivot lors du COS est intégrée dans la pratique de 4 CSSS. Les 4 autres sont en processus de structurer la procédure en lien avec l'identification de la personne et la compréhension du rôle.

Voici les résultats selon la grille de l'OSIRSIPA (mise à jour le 19 juin 2014)

CSSS	Obtenu 2013-2014
Matapédia	14,20 %
Matane	6,42 %
Mitis	8,93 %
Rimouski-Neigette	10,63 %
Basques	5,87 %
Rivière-du-Loup	9,50 %
Témiscouata	5,24 %
Kamouraska	13,22 %
Bas-Saint-Laurent	10,05 %

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

L'information concernant ce point est inscrite à la page 23 pour l'indicateur 1.03.06.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

- Un outil de suivi de l'implantation de l'AAPA a été complété le 23 mai dans Gestred.
- Celui-ci dresse un portrait des différentes composantes au niveau de l'urgence ainsi que de toutes les unités d'hospitalisation où une clientèle adulte-aînée vulnérable peut être hospitalisée.
- Au niveau des CSSS où une urgence existe sans possibilité d'hospitalisations, il fut convenu avec le MSSS de demander les préalables de l'AAPA, ainsi que la grille AÎNÉE.

Stratégie d'action jeunesse 2009-2014

MESURE 1

Programme de qualification des jeunes (PQJ) :

- Poursuite du programme de qualification des jeunes permettant l'accompagnement d'une quarantaine de jeunes.

MESURE 4

Implanter un programme s'adressant aux familles négligentes ayant des enfants de 0-12 ans

- Poursuite des activités du programme l'EnTrain sur sept territoires de CSSS au Bas-Saint-Laurent et déploiement en cours dans un territoire.

MESURE 6

Assurer le maintien des équipes multidisciplinaires de deuxième niveau en santé mentale et en prévention du suicide dans tous les centres jeunesse

- Maintien de l'équipe de deuxième niveau multidisciplinaire en santé mentale et en prévention du suicide au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent.
- L'équipe est composée d'une infirmière clinicienne et d'une psychologue, le CJ est à définir concrètement l'offre de service de cette équipe (voir pièce jointe à la fin de cette section).

MESURE 7

Implanter un programme d'intervention spécifique en toxicomanie offert aux jeunes des centres jeunesse

En ce qui concerne la mesure qui vise l'Implantation d'un programme d'intervention spécifique en toxicomanie offert aux jeunes des centres jeunesse, cette dernière a permis entre autres de :

- Signer une entente de partenariat spécifique à la SAJ (départage des rôles et responsabilités);
- Assurer une présence temps plein d'une agente en réadaptation du CRDBSL au sein de certaines unités de vie du CJBSL;
- S'assurer de la présence du PSI dans tous les dossiers communs (CRDBSL et CJBSL);
- Participer aux révisions et réévaluations des placements;
- Rechercher activement des programmes spécifiques reconnus pour cette clientèle;
- Mettre en place un groupe de réflexion pour les jeunes de deux unités de vie du CJBSL;
- Dispenser des ateliers spécifiques aux jeunes ayant une problématique sévère de toxicomanie;
- Assurer la référence et le suivi de jeunes vers des services en toxicomanie avec hébergement hors région;
- Apporter une expertise-conseil aux personnels du CJBSL en matière de dépendance (49 jeunes ont bénéficié de l'accompagnement en individuel entre mai 2011 et mars 2014).

Nom : Nathalie Bélanger, Paule Langlois, Chantal Beaulieu, Cathy Bérubé, Josée Saint-Jacques | **Date :** 23 mai 2014

Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

Équipe de soutien en santé mentale de 2e niveau

Répartition des responsabilités

(en vigueur à partir du 20 janvier 2014)

COORDONNÉES DE L'ÉQUIPE

Anny Béland, psychologue

Tél. : 418-722-1834 Cell. : 418-732-7537 Courriel : annbel@ssss.gouv.qc.ca

Annie Lavoie, infirmière clinicienne

Tél. : 418-722-1792 Cell. : 418-732-7728 Courriel : annlav@ssss.gouv.qc.ca

L'équipe santé mentale de 2e niveau est disponible pour les jeunes pour qui vous avez des inquiétudes ou des observations en regard d'éléments de détresse psychologique ou psychopathologique

PROTOCOLE SUICIDAIRE – Annie Lavoie, infirmière clinicienne

- Consultation concernant les inquiétudes, les idéations suicidaires, les risques de passage à l'acte et l'avant/pendant/après avoir rempli le rapport circonstanciel;
- Rapports circonstanciels acheminés à Annie Lavoie;
- Copie conforme à Anny Béland et France Gagnon, attachée d'administration à la DSPQ.

GUIDE D'ENTREVUE DANS LES SITUATIONS D'AUTOMUTILATION – Anny Béland, psychologue

- Consultation sur toute problématique en lien avec les comportements d'automutilation.

DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE – Anny Béland, psychologue

- Santé mentale des jeunes;
- Comportements sexuels inadaptés;
- Attachement.

DEMANDE D'ÉTUDE DE CAS EN SANTÉ MENTALE – Annie Lavoie, infirmière clinicienne

LIAISON AVEC LES RESSOURCES EN LIEN AVEC LA SANTÉ MENTALE – Annie Lavoie, infirmière clinicienne

ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT EN SANTÉ MENTALE – Anny Béland, psychologue

Toute demande est adressée à Anny Béland, copie conforme à Valérie Paradis, responsable à la Direction des services professionnels et de la qualité.

DSPQ – 2014-01

DIRECTION GÉNÉRALE : SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE		
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
L'accès aux services spécialisés	Déposer un plan de travail; Le faire approuver par le SMA de la DGSSMU; Mise à jour du plan de travail	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Imagerie médicale	N/A	N/A
L'accès aux services de santé mentale Les services aux jeunes	N/A	N/A
L'accès aux services de santé mentale Les services aux adultes	N/A	N/A
L'accès aux services de santé mentale Les services tertiaires	N/A	N/A
Accès au service de première ligne	N/A	N/A

Commentaires

Considérant que la priorité Imagerie médicale fait référence à un indicateur du chapitre IV, aucune reddition de compte n'est à faire.

Pour les priorités où il est inscrit « N/A », aucune reddition de compte n'est attendue au MSSS.

L'accès aux services spécialisés

Le plan de travail régional 2013-2014 de l'accès aux services spécialisés a été déposé le 25 avril 2013. Il a reçu l'approbation de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU). Plusieurs mises à jour de ce plan de travail ont été réalisées au cours de l'année.

Nom : Anne St-Pierre **Date :** 31 mars 2014

AXE D'INTERVENTION : SANTÉ PUBLIQUE				
OBJECTIF DE RÉSULTATS	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité			
Indicateurs		**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.01.12.B1-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	0,12	0,50	0,23
1.01.12.B2-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	0,66	1,00	0,81
1.01.12.B3-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	0,15	0,50	0,19
1.01.12.B4-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	0,03	0,25	0,07

Commentaires

Selon l'information disponible, le nombre moyen de visites à domicile par semaine, pour les 4 indicateurs considérés, a augmenté entre 2012-2013 et 2013-2014 au Bas-Saint-Laurent. Il demeure toutefois que la région n'a pas atteint les cibles prévues et demeure en deçà des résultats pour le Québec (sauf pour la période postnatale 1).

Plusieurs territoires de CSSS ont mis en place des mesures pour améliorer l'intensité des visites à domicile et le suivi clinique associé travaillent présentement dans ce sens. Une réappropriation du cadre de référence, des guides, et de l'intérêt des visites à domicile est revue en considérant l'importance de l'axe préventif des SIPPE.

Par ailleurs, un guide de saisie régional des activités SIPPE est en élaboration afin de s'assurer que toute l'information en lien avec les visites à domicile soit mieux consignée dans le I-CLSC. À ce niveau, la lecture a révélé des disparités de saisie, tant entre les CSSS qu'entre les intervenants, mais aussi une absence de données en regard de certaines interventions à domicile. Par exemple, des visites à domicile réalisées par des aides-parents ou des auxiliaires familiales pour la clientèle SIPPE ne sont pas comptabilisées, ni celles réalisées auprès des enfants dans le volet des interventions éducatives de ce programme. Il a été aussi demandé, à tous les territoires, de bien fermer le service spécifique pour toutes les familles SIPPE n'étant plus en suivi.

Finalement, l'absence prolongée d'infirmières et d'intervenants sociaux, n'ayant pu être remplacés (pour 3 des 8 CSSS), a possiblement affecté les résultats, le nombre de semaines s'additionnant, sans qu'il y ait eu de visites à domicile.

Nom : Jocelyne Michaud | **Date :** 16 avril 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : SANTÉ PUBLIQUE				
OBJECTIF DE RÉSULTATS	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, comme prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec			
Indicateurs		**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccins contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	84,4 %	90 %	90,1 %
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	69,8 %	90 %	73,4 %
Commentaires				
Les délais sont respectés globalement pour ce qui est de la première dose de vaccins DcaT-Polio-Hib à l'âge de 2 mois puisque la cible de 90 % a été atteinte. Cependant, malgré des efforts de sensibilisation auprès des gestionnaires locaux en cours d'année, la proportion des enfants recevant leur première dose de vaccins contre le méningocoque du groupe C à la date d'anniversaire de 12 mois n'a été que de 73,4 %. C'est à peine quelques points de pourcentage de plus que l'année 2012-2013 (69,8 %). Une approche plus individualisée sera préconisée pour l'année 2014-2015, en ce sens que chacun des établissements sera rencontré afin de trouver les obstacles à l'atteinte des cibles ainsi que les solutions concrètes qui devront être appliquées.				
Nom : Claude P. Gauthier		**Date :** 16 avril 2014		

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents) 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs		Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.25	Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	10	10	10
1.09.27	Population inscrite auprès d'un médecin de famille	116 141	Pas de cible établie	114 634
3.07	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	5	6	5

Commentaires

Le nombre de personnes inscrites en GMF a diminué, puisque quelques médecins ont quitté la région et d'autres médecins ont pris leur retraite.

Nous avons toujours 10 GMF implantés dans la région. Une clinique privée du secteur de Rimouski a signifié son intérêt de procéder à une demande d'accréditation, cependant elle désire attendre le nouveau cadre de gestion GMF.

Actuellement, cinq postes IPSPL sur huit sont comblés. Nous rencontrons des difficultés de recrutement pour pourvoir les postes disponibles.

Voici leur répartition en 2013 :
- 1 au CSSS de Rivière-du-Loup
- 1 au CSSS de Matane
- 1 au CSSS de La Mitis
- 1 au CSSS de La Matapédia
- 2 au CSSS du Témiscouata (1 poste vacant)
- 1 au CSSS de Rimouski-Neigette (vacant)
- 1 au CSSS des Basques (vacant)

L'ajout de deux postes est prévu en 2014. Ces établissements ont réussi à recruter :
- 1 au CSSS de Rivière-du-Loup
- 1 au CSSS de La Matapédia

Nom : Monique Léger **Date :** 14 avril 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 17 mars 2014

AXE D'INTERVENTION : SERVICES PSYCHOSOCIAUX				
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine			
Indicateurs		**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.02.05	Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Orientation régionale prise sur la consolidation du service Info-Social 24/7 à partir de la plateforme Web du SRISIS-BSL au CSSS de La Mitis	Service en place et fonctionnel	Service en place et fonctionnel
1.02.04	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	82,1 %	84 %	85,7 %

Commentaires

Depuis le 10 novembre 2013, le volet social du service régional Info-Santé et Info-Social du Bas-Saint-Laurent est offert 24/7 à la population du Bas-St-Laurent. Avant cette date le service offrait une couverture partielle, soir-nuit et fin de semaine avec des effectifs minimaux.

Selon le rapport du CCMA, voici le volume d'appel obtenu pour l'année 2013-2014 complète :

- 3058 appels
- 2346 réponses
- 711 abandons
- Efficience du service en lien avec l'indicateur : 85,7 % (donnée de T-Big); la cible de 84 % a été dépassée.

Selon le rapport du CCMA, voici le volume d'appel obtenu à partir de la mise en fonction 24/7 du service, soit du 10 novembre 2013 au 31 mars 2014.

- 1520 appels
- 1308 réponses
- 212 abandons
- Efficience du service en lien avec l'indicateur : 90 %

Nom : Isabelle Ouellet **Date :** 4 avril 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs		**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.08.09	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	3 393	3 825	3 624
1.08.06	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	228	226	181
1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	91	247	107
1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et enjeu pathologique offerts par les CSSS (Ce point est justifié dans la section dépendance.)	328	328	366

Commentaires

Indicateur 1.08.05 :

Pour l'ensemble des CSSS, la difficulté de recruter la clientèle (SIV) demeure un enjeu crucial. Des activités de proaction par les intervenants avec les partenaires sectoriels et intersectoriels sont en cours, de même que des activités d'information et de clarification de ce service par le psychiatre-conseil auprès des psychiatres du Bas-Saint-Laurent.

Indicateur 1.08.06 :

Le soutien clinique continu apporté aux huit équipes de soutien d'intensité variable et aux deux équipes de suivi intensif pour les personnes atteintes d'un trouble mental grave des CSSS par les permanents du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), contribue grandement à améliorer le fonctionnement de ces deux services et à s'assurer que les interventions menées s'inscrivent dans les meilleures pratiques.

Après chaque rencontre de coaching, les gestionnaires concernés reçoivent un bilan avec des suggestions d'amélioration. Depuis la mise en place des activités de formation, de coaching et de soutien ponctuel aux gestionnaires et aux intervenants cliniques de la région, nous constatons une nette amélioration dans cette offre de service.

Malgré une nette amélioration des services de suivi dans la communauté dans les huit réseaux locaux de service, au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte des cibles retenues par l'ensemble des CSSS. L'amélioration des liens formels, d'échanges de connaissance, d'expertise et d'interventions conjointes entre les équipes SI et SIV et autres intervenants œuvrant dans les services sectoriels ou intersectoriels au cours de l'année 2013 et qui se maintiendront en 2014 assurera l'atteinte de ces cibles.

Indicateur 1.08.09 :

Au terme de la période 13, la majorité des CSSS n'a pas atteint les cibles retenues tant pour la clientèle jeune que pour la clientèle adulte et aînée. Aussi, l'indicateur actuel ne permet toujours pas de comptabiliser une part importante des interventions de groupe menées par les CSSS. Les travaux pour améliorer les mécanismes et les trajectoires de services se poursuivent dans les deux secteurs de la région pour aider à l'atteinte des cibles. De plus, les différents moyens de communication déployés auprès des médecins, des organismes communautaires et de la population continuent de faire connaître l'existence des différentes ressources ou services en santé mentale.

Les secteurs de soins et de services en santé mentale où il y a nécessité d'investir de nouveaux crédits ont été priorisés. De plus, un plan d'action régional 2013-1016 a été entériné et reprend les principales attentes exprimées par les partenaires de la région, et ce, en accord avec les orientations ministérielles. Les objectifs retenus dans ce plan devraient contribuer à l'atteinte des cibles en santé mentale.

Le deuxième mandat donné par le Ministère au Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) dans le but de participer à l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité des services en s'appuyant sur la littérature scientifique devrait soutenir les équipes de première ligne en santé mentale dans leurs interventions et, par conséquent, concourir à l'atteinte des cibles. Toutefois, l'arrivée de nouveaux responsables de ce dossier au CNESM reporte l'actualisation de leur mandat.

Nous comptons sur des services de soins partagés dans le secteur Ouest relevant des services spécialisés du CSSS de Rivière-du-Loup. En 2013, les services spécialisés du CSSS de Rimouski-Neigette ont identifié un psychiatre responsable pour porter ce dossier et offrir un service similaire en 2014 dans le secteur Est aux différents CSSS et autres acteurs concernés.

Nom : Cathy Bérubé	**Date :** 23 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	65,55 %	68 %	74,78 %

Commentaires

Implantation des RSIPA :

Voici les résultats détaillés pour l'année 2013-2014, obtenus à partir de la grille de l'OSIRSIPA

	Obtenu 2012-2013	Entente 2013-2014	Obtenu 2013-2014
Matapédia	77,14 %	82 %	78,67 %
Matane	65,17 %	74 %	67,66 %
Mitis	66,59 %	78 %	68,32 %
Rimouski-Neigette	78,01 %	82 %	80,14 %
Basques	42,82 %	68 %	65,81 %
Rivière-du-Loup	54,98 %	69 %	74,25 %
Témiscouata	73,52 %	74 %	68,72 %
Kamouraska	66,14 %	78 %	72,41 %
Bas-Saint-Laurent	65,55 %	68 %	74,78 %

- Trois à quatre fois pendant l'année, les CSSS ont été rencontrés afin d'évaluer le suivi de l'implantation du RSIPA et de leurs cibles d'optimisation (RSI optimisé) dans leur RLS. Des réajustements étaient proposés pendant ces rencontres ainsi que des offres de soutien selon la problématique.
- Tous reconnaissent l'importance de donner accès à des services au SAD par une seule porte d'entrée.
- L'évaluation de la clientèle SAPA suivi long terme a permis d'augmenter le nombre d'évaluations OEMC/Iso-SMAF.
- La nomination d'un intervenant pivot lors du COS est intégrée dans la pratique de quatre CSSS. Les quatre autres sont en processus de structurer la procédure en lien avec l'identification de la personne et la compréhension du rôle.
- Ces évaluations ainsi que la nomination de l'intervenant pivot ayant une charge associée à la fonction de gestion de cas vont permettre une augmentation des PI/PSI.
- Une des difficultés des CSSS est de faire reconnaître la fonction de coordination des services et l'impact de celle-ci sur la charge de cas. Un travail régional est en processus afin de faciliter la compréhension de ce rôle.
- Le concept intégrateur *Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique* (SERG) permettra une organisation de services centrée sur les principes d'un RSIPA. Celui-ci permettra une accessibilité à des expertises gériatriques centrée sur les besoins de l'usager (en opposition aux structures).

Nom : Paule Langlois | **Date :** 23 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 23 mai 2014 (mise à jour le 19 juin 2014)

AXE D'INTERVENTION : SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE			
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants		
Indicateurs	**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	310 121	334 685	321 067
Commentaires			
Heures de services : • La poursuite de l'implantation de la Loi 90 se fait. La majorité des CSSS ont effectué le travail auprès du personnel infirmier du SAD en ajoutant des infirmières auxiliaires ainsi que des ASSS. • Dans le cadre du SERG, il est fortement conseillé de poursuivre le travail auprès des autres professionnels, ce qui devrait avoir un impact sur le nombre total d'heures de SAD. • Chaque CSSS a été rencontré afin de comprendre l'enregistrement des HPS (heures directes) au SAD. Des ajustements devront être faits afin de s'assurer d'un portrait réel du temps octroyé aux usagers tout en enregistrant des heures en CES et EES (excluant le PEF-SAD). • Certains CSSS ont réalisé ne pas avoir enregistré les heures achetées par les CES et EES (excluant le PEFSAD) à la fin de l'année en cours, malgré qu'il s'agisse de la 3e année de 4. * Au moins trois CSSS n'avaient pas saisi leurs services achetés, lesquels ont été faits à la fin de la P13 ou le seront en début d'année 2014-2015			
Nom : Paule Langlois	**Date :** 23 mai 2014		

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	75,0 %	90 %	90 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	84,6 %	90 %	85,6 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	89,0 %	90 %	88,1 %

Commentaires

Tableau délais d'accès en CSSS à la P13

	Urgente	Élevée	Modérée	Totale
DI-TED	100 %	97 %	94 %	96 %
DP	88 %	96 %	94 %	94 %

Les cibles sont atteintes, sauf celle en DP, de la priorité urgente. Ce résultat s'explique par des erreurs de saisie de statistiques au CSSS de Matane. Une vigie à toutes les périodes aide à améliorer et maintenir les délais d'accès. Voir tableau complet plus bas.

Les données du CRDITED et du CRDP sont cumulatives depuis 2010, les efforts pour améliorer les délais d'accès ne ressortent pas dans les données (ce qui n'est pas le cas des CSSS).

La liste d'attente du CRDP diminue de manière progressive depuis les dernières périodes. À la P13, il y a 174 personnes en liste d'attente, comparativement à 190 personnes à la même période l'an passé. Un plan d'action afin de réduire la liste d'attente a été mis en place depuis le mois de janvier 2014.

Au CRDITED, il y a des mesures qui sont déjà en place; l'intervenante à l'AAEO fait une relance auprès des gestionnaires de chaque territoire trois semaines avant le délai. Elle rappelle le risque de dépassement du délai.

Afin d'améliorer le respect des délais par les gestionnaires, l'Agence demande maintenant de justifier chaque dépassement de délai. Il y aura des discussions sur l'importance de leur rôle dans le plan d'accès et de leur imputabilité en lien avec les respects des délais qui sont au cœur des échanges qui s'effectuent en continu.

Déficience intellectuelle et TED P13 2013-2014
Pourcentages des demandes de services traitées selon les délais définis par le Plan d'accès

CSSS	Matapédia	Matane	Mitis	Rimouski	Basques	RDL	Témiscouata	Kamouraska	Région
Urgents									
Dans les délais	0	0	0	1	0	0	2	0	3
Total des demandes	0	0	0	1	0	0	2	0	3
%	S/O	S/O	S/O	100 %	S/O	S/O	100 %	S/O	100 %
Élevés > 6 ans									
Dans les délais	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total des demandes	0	0	0	1	0	0	0	0	1
%	S/O	S/O	S/O	100 %	S/O	S/O	S/O	S/O	100 %
Élevés >= 6 ans									
Dans les délais	0	1	3	54	4	23	3	0	88
Total des demandes	0	1	3	54	4	26	3	0	91
%	S/O	100 %	100 %	100 %	100 %	88 %	100 %	S/O	97 %
Élevés									
Dans les délais	0	1	3	55	4	23	3	0	89
Total des demandes	0	1	3	55	4	26	3	0	92
%	S/O	100 %	100 %	100 %	100 %	88 %	100 %	S/O	97 %
Modérés									
Dans les délais	7	4	7	10	1	4	21	7	61
Total des demandes	8	5	7	10	1	4	23	7	65
%	88 %	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	91 %	100 %	94 %
DITED Total									
Dans les délais	7	5	10	66	5	27	26	7	153
Total des demandes	8	6	10	66	5	30	28	7	160
%	88 %	83 %	100 %	100 %	100 %	90 %	93 %	100 %	96 %
Cumulatif du nombre de demandes non priorisées par CSSS de p1 à p7, 2012-2013									
Demandes non priorisées									0

Source : Gestred, I-CLSC, (Nombre d'usagers desservis selon les standards du plan d'accès sur le nombre total d'usagers dont la demande a été reçue en excluant les demandes pour lesquelles le délai n'est pas encore écoulé)

S/O sans objet ou aucune demande

Déficience physique P13 2013-2014
Pourcentages des demandes de services traitées selon les délais définis par le Plan d'accès

CSSS	Matapédia	Matane	Mitis	Rimouski	Basques	RDL	Témiscouata	Kamouraska	Région
Urgents									
Dans les délais	0	15	0	2	0	0	5	0	22
Total des demandes	0	18	0	2	0	0	5	0	25
%	S/O	83 %	S/O	100 %	S/O	S/O	100 %	S/O	88 %
Élevés > 6 ans									
Dans les délais	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total des demandes	0	0	0	1	0	0	0	0	1
%	S/O	S/O	S/O	100 %	S/O	S/O	S/O	S/O	100 %
Élevés >= 6 ans									
Dans les délais	4	72	5	28	3	15	7	0	134
Total des demandes	4	74	5	31	3	15	8	0	140
%	100 %	97 %	100 %	90 %	100 %	100 %	88 %	S/O	96 %
Élevés									
Dans les délais	4	72	5	29	3	15	7	0	135
Total des demandes	4	74	5	32	3	15	8	0	141
%	100 %	97 %	100 %	91 %	100 %	100 %	88 %	S/O	96 %
Modérés									
Dans les délais	13	11	8	26	3	22	13	17	113
Total des demandes	15	13	8	26	3	24	13	18	120
%	87 %	85 %	100 %	100 %	100 %	92 %	100 %	94 %	94 %
DITED Total									
Dans les délais	17	98	13	57	6	37	25	17	270
Total des demandes	19	105	13	60	6	39	26	18	286
%	89 %	93 %	100 %	95 %	100 %	95 %	96 %	94 %	94 %
Cumulatif du nombre de demandes non priorisées par CSSS de p1 à p7, 2012-2013									
Demandes non priorisées									0

Source : Gestred, I-CLSC, (Nombre d'usagers desservis selon les standards du plan d'accès sur le nombre total d'usagers dont la demande a été reçue en excluant les demandes pour lesquelles le délai n'est pas encore écoulé)

S/O sans objet ou aucune demande

Nom : Nadine Lagacé **Date :** 15 avril 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE				
OBJECTIF DE RÉSULTATS	3.1.2 Assurer, aux personnes ayant une dépendance, un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins			
Indicateurs		**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.07.04	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	43,7 %	60 %	48,7 %
1.07.05-PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	328	328	366

Commentaires

Indicateur 1.07.04 :

Le processus d'accueil et d'évaluation est à revoir dans certains points de service du CRDBSL. Le fait que ce soit l'intervenant assigné qui réalise l'évaluation spécialisée et non l'intervenant à l'accueil ainsi que la difficulté de certains intervenants terrain de bien saisir les données statistiques sont des facteurs explicatifs de cette non-atteinte de la cible. Un soutien clinique sera apporté aux intervenants dans la prochaine année, puisque le CRDBSL aura, dorénavant, un spécialiste en activités cliniques.

Des démarches d'analyse des difficultés rencontrées pour l'atteinte de la cible seront réalisées en début d'année 2014-2015. La cible pour 2014-2015 est de 80 %, comme souhaité par le Ministère. Celle-ci est acceptée et visée par le CRDBSL et l'ASSS-BSL.

Indicateur 1.07.05 :

C'est avec satisfaction que nous constatons le dépassement de la cible. Ce résultat s'explique par le fait que les intervenants font de plus en plus de l'intervention de première ligne en dépendance et que le virage vers la première ligne est à l'étape de la consolidation.

Nom : Nathalie Gagnon | **Date :** 21 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : MÉDECINE ET CHIRURGIE				
OBJECTIF DE RÉSULTATS	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois 3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours			
Indicateurs			**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.09.20.01	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche		56,0 %	90 %	78,5 %
1.09.20.02	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou		60,3 %	90 %	76,7 %
1.09.20.03	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte		86,2 %	90 %	83,0 %
1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour		93,4 %	90 %	92,6 %
1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation		93,5 %	90 %	93,5 %
1.09.08A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A		N/A	N/A	N/A
1.09.08B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B		N/A	N/A	N/A
1.09.09A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A		N/A	N/A	N/A
1.09.09B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B		N/A	N/A	N/A
1.09.10A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A		N/A	N/A	N/A
1.09.10B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B		N/A	N/A	N/A
1.09.07	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie		99,7 %	95 %	100 %
1.09.33.01	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)		58,4 %	90 %	62,0 %

Commentaires

Chirurgie :

Pour l'année 2013-2014, le volume de production est stable à 10 962 chirurgies électives dont 89,4 % ont été réalisées à l'intérieur de 6 mois. Bien qu'il y ait une légère diminution du nombre de patients en attente, la durée moyenne d'attente a tout de même augmenté à 11,4 semaines et il y a 43 demandes qui sont en attente depuis plus d'un an.

En juillet 2013, le MSSS a fixé la cible suivante : aucun patient en attente de plus de 2 ans pour le 15 avril 2014. Cette cible impacte seulement le CSSS de Rimouski-Neigette. En effet, la plupart des demandes disponibles en attente de plus de 6 mois au Bas-Saint-Laurent sont inscrites sur les listes d'attente du CSSS de Rimouski-Neigette. Les types de chirurgie où il peut y avoir un dépassement du délai d'attente prescrit sont les suivants :

Urologie : cette situation est occasionnée par le départ successif de 2 des 4 urologues. Une entente de service a été conclue avec un urologue de Québec pour la prise en charge de cette clientèle.

Ophtalmologie : bien qu'il y ait eu une augmentation du volume de production de la chirurgie de la cataracte et une diminution du nombre de patients en attente, le délai moyen pour cette chirurgie a augmenté. Afin de réaliser la chirurgie à l'intérieur du délai prescrit, des patients ont reçu une deuxième offre, soit à l'interne ou soit pour un transfert vers le CSSS de Rivière-du-Loup. En effet, une entente de deuxième offre a été signée pour la chirurgie de la cataracte avec le CSSS de Rivière-du-Loup.

Orthopédie : pour l'arthroplastie de la hanche ou du genou, certains patients dont le délai d'attente dépassait les 6 mois ont reçu une deuxième offre à l'interne afin d'être pris en charge par un autre orthopédiste. Ces offres ont été déclinées.

Dans une optique d'optimisation des blocs opératoires de la région, lors d'une présentation à la Table régionale de santé physique où siègent les directeurs généraux et les directeurs des services professionnels, la Direction des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers de l'Agence a obtenu un consensus voulant qu'il est devenu primordial d'adopter des stratégies régionales afin que la clientèle du Bas-Saint-Laurent soit opérée selon les délais prescrits dans les ententes de gestion. À cet égard, lors d'une prochaine rencontre où seront présents les directeurs des services professionnels ainsi que les chefs de département de chirurgie, les travaux régionaux seront amorcés afin de fixer les balises de cette démarche.

Radio-oncologie :

Après 12 périodes de l'année 2013-2014, le service de radiothérapie du Centre régional de cancérologie de l'Est-du-Québec a traité 776 patients. De ces 776 patients, tous ont débuté leur protocole de traitement à l'intérieur des délais prescrits (28 jours). Ainsi 100 % des patients ont entrepris leurs traitements dans le délai imparti.

Nom : Anne St-Pierre, Chantal Landry	**Date :** 31 mars 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : URGENCES				
OBJECTIF DE RÉSULTATS	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière * Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif			
Indicateurs		**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	9,06 %	10 %	4,48 %
1.09.03	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	1,0 %	1,0 %	0,1 %
1.09.01	Séjour moyen sur civière (durée)	9,59	11	8,16

Commentaires

Les résultats régionaux obtenus se situent très favorablement par rapport à ceux observés dans l'ensemble du Québec, et ce, pour tous les indicateurs. La cible fixée de moins de 11 heures pour le séjour moyen sur civière est largement atteinte pour la région avec un résultat de 8,16 heures. D'un point de vue régional, les cibles visées pour l'année 2013-2014 ont été respectées pour tous les indicateurs.

À la demande du MSSS, les établissements de la région du Bas-Saint-Laurent ont effectué une révision de leur plan de désencombrement de l'urgence en y incluant une notion de surcapacité selon les trois niveaux de désencombrement énoncés dans le Guide de gestion de l'urgence. De plus, les établissements ont dû mettre en place leur Plan de gestion en cas d'éclosion de l'influenza et de la gastro-entérite.

L'urgence et certaines unités d'hospitalisation du CSSS de Rimouski-Neigette ainsi que celles du CSSS de Rivière-du-Loup ont été visitées par le Comité ministériel du désencombrement des urgences (CMCDU). Suite à ces visites, la CMCDU a émis des recommandations qui devaient être mises en place. Chaque établissement a élaboré un plan d'action décrivant les mesures à instaurer. Des suivis périodiques ont été effectués par l'équipe de l'Agence et de celle de la CMCDU tout au long de la réalisation des travaux.

Nom : Anne St-Pierre | **Date :** 31 mars 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
OBJECTIF DE RÉSULTATS	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis			
Indicateurs		**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.01.19.1	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	100 %	90 % (5/6 établissements)	100 %
1.01.19.2	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100 %	90 % (5/6 établissements)	100 %
1.01.19.3	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100 %	90 % (2/2 établissements)	100 %

Commentaires

Infections nosocomiales :

Les données des indicateurs sur les infections nosocomiales ont été complétées par les établissements. Les données ont été recueillies dans le cadre des programmes de surveillance des infections nosocomiales de l'INSPQ. Les taux établis sont ceux définis par l'INSPQ et ses comités d'experts et ont été adoptés par le MSSS en janvier 2010. Ainsi, 100 % des centres hospitaliers ont un taux inférieur au seuil établi pour les bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), puisqu'il n'y a eu aucun cas. Toutefois, notons que deux bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs ont été rapportées pour l'année 2013-2014.

Les données de l'année 2013-2014 démontrent que les hôpitaux de La Matapédia et du Kamouraska ont des taux plus élevés que ceux attendus pour leur regroupement, taux attendu établi à 4,4, avec des taux respectivement à 6,2 et à 7,8. Ces résultats sont toutefois moins élevés que ceux observés au cours de l'année financière 2012-2013, les résultats étant respectivement de 9,7 et de 9,8. Après avoir été au-dessus des cibles au cours des dernières années (2011-2012 à 16,0 et 2012-2013 à 7.0), le Centre hospitalier régional de Rimouski est sous le taux attendu (établi à 6,3 selon son regroupement) avec un taux à 5.1. L'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac se situe dans les taux attendus pour les deux dernières années. L'Hôpital de Matane et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage sont dans les taux attendus lors de la surveillance des cinq dernières années. Toutefois, l'ensemble des établissements se situent à l'intérieur de l'intervalle de confiance (IC à 95 %) et respecte donc les engagements des ententes de gestion.

Des efforts importants ont été fournis par les établissements de la région pour contrer les diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) nosocomiales mais la vigilance et l'application des mesures adéquates doivent demeurer une priorité.

Nom : Cathy Ouellet | **Date :** 23 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 23 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles 5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail 5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité 5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs		Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100,0 %	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une dé marche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	90,0 %	100 %	100 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,20 %	5,09 %	5,18 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,20 %	2,90 %	3,05 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,64 %	0,38 %	0,13 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,39 %	0,0 %	0,0 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,01 %	0,0 %	0,0 %
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	1,02 %	0,60 %	0,96 %

Commentaires

L'exercice de la planification de la main-d'œuvre a été réalisé grâce à la collaboration de l'ensemble des établissements de notre région. Nous avons déposé au MSSS notre plan de main-d'œuvre régional après avoir analysé les plans de main-d'œuvre locaux. Des outils ont été mis à la disposition des établissements tels que le cadre normatif du MSSS, le Plan prévisionnel des effectifs (PPE), en regard des 12 titres d'emplois ciblés. Notre plan d'attraction et de rétention de main-d'œuvre a été mis à jour, des stratégies d'actions ont été identifiées et des zones de priorité sont travaillées, tant au niveau local que régional.

Des efforts considérables ont été déployés dans notre région au niveau de l'organisation du travail et nous ont permis d'avoir peu recours à de la main-d'œuvre indépendante. Le nombre important de finissants dans les cohortes infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires contribuent également au non-recours de la MOI dans le Bas-Saint-Laurent.

En ce qui concerne les projets d'organisation du travail, 19 projets dont 2 interétablissements et un régional sont actuellement en cours. Ces projets touchent l'ensemble des établissements de santé et services sociaux du BSL. Ils prendront fin en mars 2015. Les montants alloués pour ces projets sont de plus de 2 500 000 $ et visent des projets en main-d'œuvre indépendante, heures supplémentaires, CHSLD, TGC, Catégorie IV, Pharmacie.

La révision des processus d'organisation du travail devrait permettre de mieux utiliser notre main-d'œuvre et mieux soutenir notre réseau pour faire face au défi de main-d'œuvre d'aujourd'hui.

Nom : René Lavoie | **Date :** 22 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL			
OBJECTIF DE RÉSULTATS	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé 5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail		
Indicateurs		**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	50 %	100 %	100 %
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	30 %	40 %	0 %
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,53 %	5,22 %	6,18 %
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	90 %	100 %	88 %

Commentaires

Indicateur 3.14 :
Cinq établissements ont été agréés en 2013-2014, dont un établissement avec mention (CSSS de La Matapédia). Les résultats au niveau de la mobilisation du personnel sont les suivants :

- CSSS des Basques (déc. 2013) : 5 jaune – 1 rouge, correspond aux critères;
- CSSS de Témiscouata (juin 2013) : 6 jaune, correspond aux critères;
- CSSS de La Matapédia (octobre 2013) : 5 jaune - 1 vert, correspond aux critères;
- Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (novembre 2013), 6 vert, correspond aux critères;
- CSSS Rimouski-Neigette (mars 2014) : 5 jaune – 1 rouge, correspond aux critères.

De ces cinq établissements, quatre d'entre eux doivent apporter des corrections et mettre en place des objectifs concernant la mobilisation du personnel dans leur plan d'action.

Indicateur 3.13 :
L'Agence a été accréditée par un programme reconnu, mais ne peut être incluse dans le pourcentage.

Deux établissements de notre région ont adopté des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel, dont un par l'entremise d'Entreprise en santé et l'autre par le modèle Planetree et sont en voie d'être accrédités par un programme reconnu. D'autre part, cinq autres établissements de notre territoire ont entrepris, au cours de l'année, des démarches afin de choisir un programme visant le maintien et l'amélioration du climat de travail.

Indicateur 3.01 :
Notre région n'atteindra pas la cible fixée initialement. Toutefois, nous avons mis en application, au cours de l'année, différentes actions afin d'améliorer le taux d'assurance salaire telles que : la formation par une firme spécialisée des gestionnaires des établissements sur la gestion intégrée de la présence au travail; la formation des intervenants des services de santé sur la gestion des invalidités; la création d'un poste de conseiller en gestion des invalidités; des interventions axées sur les problématiques musculo-squelettiques et en santé psychologique (PRATA PLUS) et des démarches ont été entreprises afin de trouver un médecin-conseil en gestion des invalidités et pour le volet médico-administratif. Finalement, nous avons exigé, des établissements ayant un taux d'absentéisme élevé, un plan d'action afin d'améliorer la situation.

Indicateur 3.10 :
Le programme de soutien clinique « Préceptorat » progresse bien dans notre région à l'exception d'un établissement. Pour tous les autres, nous avons obtenu une mise à jour de leurs programmes de préceptorat qui a été approuvé par l'Agence. Nous notons que ce levier est fort important, puisqu'il permet de retenir davantage la main-d'œuvre tout en donnant de l'assurance à ces jeunes recrues. Nous avons également constaté que le fait de bien encadrer les nouveaux arrivants encourage les jeunes stagiaires à demeurer en région et revenir y travailler après leurs études.

Nom : René Lavoie, Jean-Pierre Paradis | **Date :** 22 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014

AXE D'INTERVENTION : DÉSENCOMBREMENT DES URGENCES				
Indicateurs		**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
4.01.01-EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	2,6	3	0,7
4.01.02-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	0,5	3	0,5
4.01.03-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	0,9	3	1,7
4.01.04-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	0,5	3	0,4
4.01.05-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	1,2	3	0,2
4.01.06-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,4	3	0,2
4.01.07-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	0,1	3	0,1

Commentaires

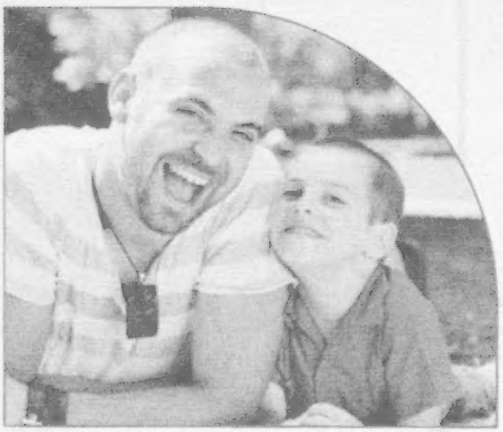
D'un point de vue régional, les engagements fixés pour l'année 2013-2014 ont été respectés pour tous les indicateurs.

À la demande du MSSS, les établissements de la région du Bas-Saint-Laurent ont effectué une révision de leur plan de désencombrement de l'urgence en y incluant une notion de surcapacité selon les trois niveaux de désencombrement énoncés dans le Guide de gestion de l'urgence. Afin de respecter les orientations régionales, aucun usager ne doit être évalué dans les lits de courte durée. L'évaluation/orientation doit se faire à domicile ou dans des lits disponibles dans la communauté. De plus, les travaux régionaux pour l'actualisation du service d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG) ont commencé cette année.

De plus, dans l'optique d'améliorer la fiabilité des données, ainsi que de faciliter la compréhension des variables de fin de soins actifs du Rapport quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier (RQSUCH), les définitions des variables (7 à 13) ont été ajustées en lien avec les orientations nationales et régionales. Ce projet de mise à jour ainsi qu'un algorithme ont été présentés au MSSS. Une lettre confirmant l'approbation du projet par la Direction nationale des urgences (DNU) devrait parvenir sous peu à l'Agence. Ces travaux seront présentés au printemps pour l'ensemble des gestionnaires de lits et de la Direction SAPA. Un organigramme au niveau des rôles et des responsabilités de la DAMUSSH et de la DPCSC, lors de dépassement du nombre de patients en fin de soins actifs, a également été présenté aux CSSS.

Nom : Brigitte Fiset et Anne St-Pierre | **Date :** 31 mars 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 22 mai 2014



Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec